

支給支払決議書					
受付年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当者
伺年月日	令和 年 月 日				
決済年月日	令和 年 月 日				
移送承認年月日	令和 年 月 日	資格取得日	令和 年 月 日		
支給額	円	資格喪失日	令和 年 月 日		
不承認		支払年月日	令和 年 月 日		

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の資格情報	記号		被保険者の氏名		男・女	⑩
		番号		生年月日	昭・平 年 月 日生		
	被保険者の現住所	〒 電話 ()					
	被保険者勤務の事業所	名称					
		所在地					
	傷病名			発病または負傷の年月日	令和 年 月 日		
	発病または負傷の原因			移送年月日	令和 年 月 日		
	移送の方法及び区間	方法			移送に要した費用	円	
		区間			経由	回数	回
	被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名		生年月日	昭平令 年 月 日	続柄	
	付添人の氏名及び住所	氏名		住所			
	第三者行為によるときはその事実						
	第三者の氏名及び住所	氏名		住所			
	振込希望の銀行	銀行	支店	普通	口座番号	：	：
				口座名義(カナ)			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者の住所氏名 ニチバン健康保険組合 理事長 殿 ⑩							
委任状	私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和 年 月 日 請求した 被保険者 被扶養者 移送費のうち 被保険者の住所氏名 ⑩ 代理人の住所氏名 ⑩						
	振込希望の銀行	銀行	支店	普通	口座番号	：	
領収書	金 円他但し うえの金額を領収いたしました。 令和 年 月 日 ニチバン健康保険組合 理事長 殿 受領者住所氏名 ⑩						
				口座名義(カナ)			

(注 1) この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。
(注 2) 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
(注 3) 第三者の行為による負傷の際は、第三者行為傷病届一式を添付して下さい。