

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 ○○ 太郎	男	女	印
		番号 ○○○○	生年月日 昭平 ○○年○○月○○日生			
	被保険者の現住所	〒 ○○○-○○○○ ○○県○○市△△町3-2-1 電話 ()				
	被保険者勤務の事業所	名称 ○○○○株式会社				
		所在地 ○○県○○市△△町1-2-3				
	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 タクシー	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)	○○ タロウ		
上記のとおり申請します。 令和 ○○年 ○○月 ○○日 被保険者の住所 ○○県○○市△△町3-2-1 氏名 ○○ 太郎 印 ニチバン健康保険組合 理事長 殿						
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 印 代理人の住所 氏名 印					
振込希望の銀行	○○ 銀行 ○○ 支店	普通	口座番号	○○○○○○○○○○○○○○○○○○		
		口座名義(カナ)	○○ タロウ			
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 ○○県○○市△△町3-2-1 氏名 ○○ 太郎 印					

(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。