

健康保険 **被保険者** 移送費支給申請書
被扶養者

| | | | |
|-----|----|-----|------|
| 事業所 | 健保 | | |
| 担当 | 担当 | 事務長 | 常務理事 |
| | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|-------------------|---|--|--------------|-----|---------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 提出日 | 令和 00年 00月 00日 | <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は) | | | | |
| | 保険証の記号・番号 (右づめ) | 被保険者 (申請者) 所属・氏名 | (フリガナ) ヤスカワ タロウ | | | | |
| | 6 7 6 8 | × × × × × × × | 八総 | 安川 太郎 | | | |
| | 被保険者の生年月日 | 年齢 | 被保険者の住所 | | | | |
| | 昭和 平成 令和 | 00年 00月 00日 | ×× 歳 | 〒 806-1234 北九州市八幡西区△△町××番××号 電話 (093) ○○○ - ×××× | | | |
| | 被扶養者が移送を受けたときは、その方の | 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 被保険者との続柄 | | |
| | | 該当せず | 昭和 平成 令和 | 歳 | | | |
| | 傷病名 | 脳出血 | 発症・負傷の原因を詳しく | 第三者行為によるものですか | | | |
| | | | 自宅で倒れ意識を失ったため△△ 外科医院に行ったが手に負えな かった | 0 : いいえ 1 : はい | | | |
| | 診療等の支給又は手当を受けた病院等の | 名称 | △△外科医院 | | 診療を担当した医師の氏名 | | |
| | 所在地 | 北九州市八幡西区△△町××番××号 | | △△ 一郎 | | | |
| 移送を受けた区間、移送期間および費用の請求 | 区間 | (フリガナ) サカサカマチ | かかぢョウ | 移送後 | 入院 | 入院外 | |
| | | △△町 | から | ××町 | まで | 移送先 | △△大学 病院 |
| | 移送期間 (請求期間) | 移送回数 | 移送に要した費用の額 | 距離 | 利用交通機関 | | |
| | 00年 00月 00日 から | 1 回 | 5,300 円 | 6 km | タクシー | | |
| | 00年 00月 00日 まで | | | | | | |
| 受取代理人の欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人 (事業所の事業主) に委任します。 | | | | | | |
| | 受取方法 | 代理人 | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 給与振込 | (事業所名) | (株) 安川電機 または (Y E) | | | | |
| 健 入 保 記 欄 | 支 給 算 出 額 | | | | | 決定額 | |
| | | | | | | 円 | |

- ※ 太枠内を記入してください。
- ※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

| | | | | | | |
|---|-----------------------------|---------|------------|----------|------------|--|
| 事 業 所 の 事 業 主 以 外 の 受 取 代 理 人 の 欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 被保険者 (申請者) | 住所 氏名 | | | | |
| | 代理人の氏名 | (フリガナ) | 委任者と代理人の関係 | | | |
| | 代理人の住所 | 〒 | | | | |
| | 手当金の振込希望口座 (請求者の口座) | | | | | |
| | (銀行コード) | (支店コード) | 支店 | 普通 当座 | 口座番号 (右づめ) | |
| | 銀行 金庫 農協 | | | | | |
| | 口座名 (カタカナで記入) | | | | | |

支払印