

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	被保険者証	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	〒 ○○○-○○○○			電話 ()			
		○○県○○市△△町3-2-1						
	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 うへ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。