健康保険 移送費 支給申請書

被保険者情報			
被保険者等記号・番号	記号 □□□□ 番号 □□□□□□	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日
氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	電話番号	
住　所	（〒　　－　　）		

振込先指定口座			
金融機関名称	（銀行）（金庫）（信組）（農協）（漁協）（その他）（　　）（本店）（支店）（出張所）（本所）（支所）		
預金種別	□ 普通　□ 別段　□ 当座　□ 通知	口座番号	□□□□□□□
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マスあけてご記入ください。）□□□□□□□□□□□□□□□	口座名義の区分	□ 被保険者　□ 代理人

代理人の場合は必ず「受取代理人欄」に記入・押印をしてください。

受取代理人欄			
被保険者の氏名・印	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日 ㊞　【住所】「被保険者情報」の住所と同じ		
代理人（口座名義人）の情報	〒 住所	被保険者と代理人の関係	
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	電話番号	

申請書は2枚目に続きます。＞＞＞

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当	担当

サカイ引越センター健康保険組合

健康保険 移送費 支給申請書

申請内容		
	移送を受けた方	□ 被保険者　□ 被扶養者（氏名：　　）
	被扶養者の場合、生年月日及び続柄	【生年月日】令和　　年　　月　　日　【続柄】
	傷病名	
	発病または負傷の原因	
	発病または負傷の年月日	令和　　年　　月　　日
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	令和　　年　　月　　日
	付添人の有無	□ 無し　□ 有り（氏名：　　）
	有りの場合、その方の住所	〒
	移送に要した費用の額	円
	第三者行為による時はその事実・状況	
	第三者の氏名及びその住所	【氏名】 〒

医師・歯科医師記入欄		
	移送を必要と認めた理由	
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	
上記のとおり相違ありません。		令和　　年　　月　　日
	医師または歯科医師の	【住所】〒
		【氏名】　　㊞

サカイ引越センター健康保険組合