

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号			④ 生 年 月 日			⑤被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦受取代理人	⑧ 受 付 年 月 日					
	①②	③	昭和 平成 令和	年	月	日	*	*	0:無 1:有	*	年	月	日		
	⑨ 被 保 険 者 の (申請者) 氏 名			(フリガナ) スミトモ タロウ			事業所の (ア) 名 称	住友不動産販売(株)							
	被 保 険 者 の (申請者) 住 所			⑩郵便番号 000 - 0000			(フリガナ) シンジュクマルマルチョウ0-0	(イ)所在地	東京都新宿区00-00						
	療養が被扶養者に関するときは、その方の			(ウ) 氏 名	(エ) 生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	(オ)被保険者との続柄					
	⑫傷病コード *						(カ) 傷病名	腸閉塞			⑭発病又は負傷年月日 (療養開始日)				
	⑬カ ナ *									年 月 日					
	(キ)発病又は負傷の原因及びその経過			□□病院で手術後、経過良好。						⑮第三者行為によるものですか					
				□□病院						〇:いいえ 1:はい					
	診療等の支給又は手当てを受けた病院あるいは診療所(医院)の			(ク) 名 称	□□病院			(コ)診察した医師氏名	〇〇 〇〇						
			(ケ)所在地	新宿区〇〇町0-0											
移送を受け			⑯ 区 間	フリガナ サンカク △△ から			フリガナ ハツハツ ××			まで					
移送期間			⑰ 移 送 後	1:入院 2:入院外			(サ) 移 送 先	□□ 病院			(シ)移送に要した費用の額				
費用の請求			⑱ 移 送 期 間 (支 給 期 間)			(ス)移送回数	(セ)距離	(ソ)利用交通機関			00,000 円				
			自	年	月	日	至	年	月	日	1 回	〇〇 km	タクシー		

支 払 金 機 関 の 欄	27 支払区分	* 1: 振 込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	29 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	(ソ) 銀行 金庫 農協 本店 支店
	28 金融機関コード	*			口座名義
	30 口座番号				

受 取 代 理 人 の 欄	(タ) 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。 〇〇 年 〇 月 〇 日					
	住所 新宿区〇〇町0-0					
	被保険者 (申請者) 氏名 住友 太郎					
	31 代理人の氏名	(チ)委任者と代理人との関係				
※事業主(人事部)記入欄						
代理人の住所		32郵便番号	-			
		33住所コード	(フリガナ)			

年 月 日 提出
付 日 付 印

休職中・資格喪失後および
任継者の申請は、こちらに
記入してください。
(受取代理人の欄は記入不要で)

「*」印欄は記入しないでください。