

受付年月日	平成 年 月 日
同年月日	平成 年 月 日
決済年月日	平成 年 月 日
移送承認年月日	平成 年 月 日
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
資格取得日	平成 年 月 日		
資格喪失日	平成 年 月 日		
支払年月日	平成 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 番号	被保険者の氏名		男 女	印	
	被保険者の 現住所	〒 電話 ()					
	被保険者が 勤務している 事業所の	名称					
		所在地					
	傷病名			発病又は 負傷の年月日	平成 年 月 日		
	発病または 負傷の原因			移送年月日	平成 年 月 日		
	移送の方法 及び区間	方法			移送に要した 費用	円	
		区間			經由	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	明大昭平	年 月 日生	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						
	第三者の指名 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)				
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 被保険者の住所 氏名 印 アイフル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。						
	平成 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)				
領 収 書	金 円他但し うえの金額を領収いたしました。 平成 年 月 日 アイフル健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名 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。