

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	000	被保険者の氏名	健康 太郎			男	健康印	
		番号	00000	生年月日	明・大昭平	XX年 X月 X日生	女			
	被保険者の 現住所	〒600-1234 ○○府△△区□□通 4567							電話	075 (123) 4567
	被保険者が 勤務している 事業所の	名称	アイフル株式会社							
		所在地	京都市下京区烏丸通五条上る高砂町 381-1							
	傷病名	腸閉塞	発病又は 負傷の年月日	平成 XX年 XX月 XX日						
	発病または 負傷の原因	不明	移送年月日	平成 XX年 XX月 XX日						
	移送の方法 及び区間	方法	救急車	移送に要した 費用	〇〇 円					
		区間	自宅から〇〇病院まで			経由	回数	1 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	0 0 0 0 0 0 0 0					
				口座名義(カナ)	健康 太郎 (ケンコウ タロウ)					
上記のとおり申請します。 平成 XX年 XX月 XX日 被保険者の住所 ○○府△△区□□通 4567 氏名 健康 太郎 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	移送費のうち						
			被扶養者							
			住所							
		被保険者の	氏名	印						
		住所								
		代理人の	住所	印						
		氏名								
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									
	うへ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。