

受付年月日	令和 年 月 日
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
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
資格取得日	平成・令和	年	月 日
資格喪失日	平成・令和	年	月 日
支払年月日	令和	年	月 日

アイフル健康保険組合 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	被保険者記号	番号	被保険者の氏名	昭平	年	月	日生	男・女		
	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									
	被保険者が勤務している事業所の所在地									
	傷病	発病又は負傷の年月日			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	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	氏名	生年月日	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。 令和 年 月 日 被保険者の住所 氏名 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。 令和 年 月 日請求した 被保険者 移送費のうち 被扶養者 被保険者の住所 氏名 ⑩ 代理人の住所 氏名 ⑩									
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。 令和 年 月 日 アイフル健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名 ⑩									

(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。