

健康保険 被保険者 家族 移送費(費)支給申請書

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	記号	番号	生年月日	
	—		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	フリガナ		年 月 日	
	被保険者 の氏名		電話番号(日中の連絡先) ()	
	被保険者 (請求者) の住所			
	事業所 名称	所在地		
	コスモエネルギー グループ 健康保険組合理事長殿 令和 年 月 日			
	委任状	上記のとおり申請いたします。 上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。		
	被保険者氏名 印			

申請 内 容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 被保険者	氏名		
	移送を受けた方の生年月日 及びその続柄	令和	年	月	日	続柄
	傷病名					
	発症または傷病の原因					
	発症または傷病の年月日	令和	年	月	日	
	診療棟の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所(医院)の 所在地	名称	診療を担当した医師等の氏名			
	移送経路	利用交通機関				
	移送方法	距離				
	移送年月日					
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名) —) <input type="checkbox"/> 無	
	埋葬に要した費用の額	円				
	第三者行による時はその事実					
	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。 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名
令和 年 月 日	
電話 ()	

承 認 番 号			

支 給 金 額						
法定給付						
付加給付						
合 計						

常務理事	事 務 長	係

健保受付年月日

--