

被保険者・家族のどちらかを
選択してください

健康保険 **被保険者** 家族 移送費支給申請書

押印は忘れずに

事業所担当者印

印

該当者が被保険者の場合は「該当なし」と記入ください。

事業所担当者印を忘れずに

| | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|---------|----------------------|----------|----------------------------------|--------------------|------------|-----------------------|---------------|----|--------|--------|
| 被 保 險 者 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の | | | | 生年月日 | | | | | | | |
| | 記号 | 番号 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | 5 | 2028999 | 平成 | 55 | 5 | 5 | | | | | | |
| | 被保険者の 氏名と印 | | (フリガナ) ケンポ タロウ | | | 事業 所の | 名 称 | コスモ石油(株) | | | | |
| | | | 健保 太郎 | | | (健保) | 所在地 | 東京都港区芝浦1-1-1 | | | | |
| | 被保険者の 住 所 | | 郵便番号 | 105 0014 | (フリガナ) トウキョウトミナトクシバ1チヨウメ10バン11ゴウ | | | (電話番号) | | | | |
| | | | 東京都港区芝一丁目10番11号 | | | | | 03-3798-xxxx | | | | |
| | 扶養が被扶養者の関する ときは、その方の | | 氏名 | 健保 花子 | 生年 月日 | 昭和 平成 | 55年 5月 6日生 | 被保険者 との続柄 | 妻 | | | |
| | 傷病名 | | ××病 | | | | | 発病または負傷年月日 (療養開始日) | | | | |
| | | | | | | | | 年 | 5 | 月 | 1 | 日 |
| 発病または負傷の 原因を詳しく述べ る | | による | | | | | | | 第三者行為によるものですか | | | |
| | | | | | | | | | いいえ・はい | | | |
| 診療等の支給又は手 当を受けた病院ある いは診療所(医院)の | | 名 称 | 病院 | | | 診療を担当した 医師等の氏名 | | | | | | |
| | | 所在地 | 県 市 町 | | | | | | | | | |
| の移 送 請 求 期 を 間 受 け よ た び 区 費 間 用 | | 区 間 | (フリガナ) サンカクサンカクビヨウイン | | | (フリガナ) シカクシカクビヨウイン | | | 移送後 | 入院 | ・ | 入院外 |
| | | | 病院 から | | | 病院 まで | | | 移送先 | 病院 | | |
| | | 移 | 送 | 期 | 間 | 移 | 送 | 回 | 移送に要した費用の額 | 距離 | 利用交通機関 | |
| | | 自 | 年 | 05 | 10 | 至 | 年 | 05 | 10 | 1 | 1,280 | 3 タクシー |
| 委 任 状 | コスモ石油健康保険組合理事長殿 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| | 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 住所 東京都港区芝一丁目10番11号 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 健保 太郎 | | | | | | | | | | | |
| 任 状 が 必 要 で す。 | (健保) | | | | | | | | | | | |

| 支 給 金 額 | | | |
|---------|--|--|--|
| 法定給付 | | | |
| 附加給付 | | | |
| 合 計 | | | |

承 認 番 号

常務理事 事務長 係

平成 年 月 日 提出

付 日 付 日