

同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	総務課長	担当者	資得	年	月	日
支給金額	拾万	千	百	拾	円				格喪	年	月	日
支給決議書	移送年月日	年月日			備考	被扶養者 台帳照合者印						
	移送後	入院・入院外										
	摘要											

健康保険被保険者家族移送費支給申請書

被保険者証の	記号			被保険者の氏名				
	番号							
被保険者の現住所	〒							
事業所の名称								
傷病名				発病又は負傷年月日	平成	年	月	日
傷病又は負傷の原因								
診療を受けた医師の住所氏名								
移送区間	から							まで
移送の年月日	平成	年	月	日	利用交通機関			
移送に要した費用			回数			距離		
移送を受けた者が被扶養者のとき	氏名			明大昭平	年	月	日	続柄

振込先金融機関名		銀行		店
預金種別口座番号	普通当座			
(ふりがな) 名義人	TEL			

受 付 印

(注意事項)

- この申請書は、被保険者及び被扶養者についての移送の承認があった場合にその費用の支給を受けるために申請するものです。
- 移送に要した費用の領収書を必ず添付して下さい。