

※ 組 合 記 入 欄	移送承認 年月日	令和 年 月 日			決定標準報酬月額	常務理事	事務長	担当者
	移送区間	～			千円			
	移送手段				資格等	取得	昭和 平成 令和 年 月 日	
	支給決定の額	法定				喪失	令和 年 月 日	
	備考							

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

日揮健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 申請

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号 番号	② 勤務している、または 勤務していた事業 所（会社）の名称	(任継者は「任意継続被保険者」、特退者は「特例退職 被保険者」と記入してください。)					
	③ 被保険者氏名	④ 生 年 日 月 日	昭和 平成 年 月 日					
	⑤ 申請が被扶養者 の場合はその者の	⑦ 氏 名	① 生 年 日 月 日	昭和 平成 年 月 日	⑧ 被保 険の 続 柄			
	⑥ 申請者の住所	〒						
	⑦ 発病または負傷 の 年 月 日	令和 年 月 日						
	⑧ 傷病の原因							
	⑨ 傷 病 名					⑩ 移 送 の 年 月 日	令和 年 月 日	
	⑪ 移送の方法 区間及び回数					⑫ 移送に要 した費用	円	

委 任 状	本申請に基づく移送費に関する受領を代理人（事業主）に委任します。 令和 年 月 日						
	被 保 険 者 氏名	④	(事業主) 代 理 人 氏名	住所 氏名	④		

事業所
担当者印

※ 受付目付印