

〔記入例〕

No. _____

※ 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

令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号	×××	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。)				
	番号	〇〇〇		〇〇〇〇株式会社				
	③ 被保険者氏名	日 揮 太 郎		④ 生 年 日 月 日	昭和 平成	43	年 4 月 18 日	
	⑤ 申請が被扶養者 の場合はその者の	⑦ 氏 名		⑧ 生 年 日 月 日	昭和 平成		年 月 日	⑨ 被 保 険 の 続 柄
	⑥ 申請者の住所	〒 233-0050 横浜市港南区日野〇-〇-〇						
	⑦ 発病または負傷 の 年 月 日	令和 1 年 5 月 22 日						
	⑧ 傷 病 の 原 因	高血圧						
⑨ 傷 病 名	くも膜下出血			⑩ 移 送 の 日 年 月 日	令和 1 年 9 月 30 日			
⑪ 移 送 の 方 法 区 間 及 び 回 数	寝台車による移送 1回 〇〇医院 ~ 〇〇病院			⑫ 移 送 に 要 した 費用	30,090 円			

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(任継者・特退者は記入不要)

委
任
状
被
保
険
者

氏名

日 揮 太 郎



(事業主)
代
理
人

住所

氏名

印

事業所
担当者印

※ 受 付 日 付 印