

〔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		取得	昭和 平成 令和	年 月 日	
	支給決定の額	法定	円	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。） 〇〇〇〇株式会社			
	③ 被保険者氏名	日揮太郎	④ 生年月日	昭和 43 年 4 月 18 日			
	⑤ 申請が被扶養者の場合はその者の氏名	日揮花子	⑥ 生年月日	昭和 45 年 6 月 14 日	⑦ 被保険者の続柄	妻	
	⑧ 申請者の住所	〒 233-0050 横浜市港南区日野〇-〇-〇					
	⑨ 発病または負傷の年月日	令和 1 年 5 月 22 日					
	⑩ 傷病の原因	高血圧					
	⑪ 傷病名	くも膜下出血			⑫ 移送の日	令和 1 年 9 月 30 日	
⑬ 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			⑭ 移送に要した費用	30,090 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	<p>（任継者・特退者は記入不要）</p> <p>被保険者 氏名 日揮太郎 代理人（事業主） 氏名 _____</p> <p>住所 _____</p>		

事業所 担当者印

※ 受付目付印