

〔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 千円		常務理事	事務長	担当者
	移送区間	～					
	移送手段			資格等	取得 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 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 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号	× × ×	勤務している、また ② 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 生年月日	昭和 43 年 4 月 18 日	平成	印押	
	⑤ 申請が被扶養者の場合はその者の ⑦ 氏名	⑥ 申請者の住所	⑧ 傷病の原因	⑨ 傷病名	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	令和 年 月 日	被保険者との 続柄
	テ 233-0050 横浜市港南区日野〇一〇一〇	〒 233-0050 横浜市港南区日野〇一〇一〇	高血圧	くも膜下出血	昭和 1 年 5 月 22 日	平成 1 年 9 月 30 日	令和 1 年 9 月 30 日	
	⑦ 発病または負傷の年月日	令和 1 年 5 月 22 日	⑩ 移送の年月日	令和 1 年 9 月 30 日	印押			
	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 險 者	住所		印押
		氏名	日揮太郎	

事業所 担当者印

※ 受付日付印