

〔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 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。） <b>〇〇〇〇株式会社</b>		
	③ 被保険者氏名	<b>日揮太郎</b>			④ 生 年 日	昭和 平成	<b>43</b> 年 <b>4</b> 月 <b>18</b> 日
	⑤ 申請が被扶養者 の場合はその者の ⑦ 氏名	<b>日揮花子</b>		① 生 年 日	昭和 平成 令和	<b>45</b> 年 <b>6</b> 月 <b>14</b> 日	⑧ 被保 険の 続 柄 <b>妻</b>
	⑥ 申請者の住所	〒 <b>233-0050</b> <b>横浜市港南区日野〇-〇-〇</b>					
	⑦ 発病または負傷 の年月日	令和 <b>1</b> 年 <b>5</b> 月 <b>22</b> 日					
	⑧ 傷病の原因	<b>高血圧</b>					
	⑨ 傷病名	<b>くも膜下出血</b>			⑩ 移 送 の 日	令和 <b>1</b> 年 <b>9</b> 月 <b>30</b> 日	
⑪ 移送の方法 区間及び回数	<b>寝台車による移送 1回</b> <b>〇〇医院 ~ 〇〇病院</b>			⑫ 移 送 に 要 し た 費 用	<b>30,090</b> 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	
	<b>（任継者・特退者は記入不要）</b>	
被 保 険 者	氏名 <b>日揮太郎</b>	（事業主） 住所 代理人 氏名 <b>日揮太郎</b> 氏名 <b>〇〇</b>

事業所  
担当者印

※ 受付目付印