支払 支給	決　議　書					金額	円
常務理事	事務長	総務課長	課長補佐	係員		期間	年　月　日 年　月　日　日間
						備考	
年　月　日 決裁						年　月　日 執行	

被保険者
家族　移送費支給申請書

健康保険

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号	生年月日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	送信	受付年月日
※	年　月　日	※	※	※ 0:無 1:有		※ 年　月　日

被保険者の（申請者）氏名	(フリガナ)	事業所の	名称
			所在地
被保険者の(申請者)住所	郵便番号	(フリガナ)	(電話番号)
	住所コード ※		( )
被扶養が移送を受けたときはその方の	氏名	生年月日	昭和 平成　年　月　日
被保険者との続柄			
傷病コード ※	傷病名		発病または負傷年月日（療養開始日） 年　月　日
カナ ※			
発病または負傷の原因を詳しく		⑮ 第三者行為によるものですか	0：いいえ　1：はい
診療等の支給または手当を受けた病院の	名称	診療を担当した医師等の氏名	
	所在地		

移送を受けた区間、移送期間および費用の請求	区間	(フリガナ)	(フリガナ)	移送後	0：入院　1：入院外
		から	まで	移送先	病院
	移送期間（支給期間）	移送回数	移送に要した費用の額	距離	利用交通機関
	自 年　月　日 至 年　月　日	回	円	km	

※	支給回数	承認番号	支給算出額	調整減額コード	調査先コード	海外表示	特別支給コード
	回		円			0:国内 1:海外	

（備考）

支払金融機関の欄

支払区分	1：振込 2：銀行送金 3：郵便局送金 4：当地払	預金種別	1：普通 2：当座 3：通知 4：別段
金融機関コード	※		銀行 金庫 農協　本店 支店
口座番号			口座名義

受取代理人の欄

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

年　月　日

被保険者（申請者）　住所

氏名

代理人の氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係	
代理人の住所	郵便番号	(フリガナ)	送信
	住所コード ※		

年　月　日提出

受付日付印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーより申請する場合は備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。）