

支給支払決議書

健

受付年月日

令和 年 月 日

資格取得

昭

常務理事

事務長

担当者

○家族(被扶養者)に関する申請であっても、社員本人(被保険者)の情報をご記入ください。

○被保険者が亡くなられて申請する場合

・被保険者等の記号・番号、生年月日のみ被保険者の情報を記入し、それ以外は申請する方の情報(氏名、住所、電話番号、振込先指定口座)をご記入ください。

・「権利継承届兼誓約書」(別紙様式)と一緒にご提出ください。

尚、「権利継承届兼誓約書」は2ページ目の末尾記載の【添付書類】をご覧ください。

健康保険

移送費

支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報

被保険者等
記号・番号
(右づめ)

記号

番号

生年月日

年

月

日

☐ 昭和

☒ 平成

☐ 令和

250

1234

1

2

3

氏名

(フリガナ)

ケンポ

タロウ

健保

太郎

住所

(〒

123

—

4567

)

〇〇

都

道

府

県

〇〇市〇〇町〇丁目1-2

電話番号
(日中の連絡先)

TEL

123

(

456

)

7890

☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☒)

振込先指定口座

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。)

注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

金融機関
名称

宇都宮

銀行

金庫

信組

日本橋

本店

支店

農協

漁協

出張所

本所

支所

その他

預金種別

1

1. 普通

2. 当座

口座番号

1234567

左づめでご記入ください。

口座名義

▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)

ケンポ

タロウ

口座名義
の区分

1

1. 申請者

2. 代理人

※口座名義の区分が「2. 代理人」の場合のみ、受取代理人の欄をご記入ください。

受取代理人の欄

被保険者
(申請者)

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。

令和 年 月 日

氏名

住所

「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

代理人
(口座名義人)

(〒

—

)

TEL

(

)

住所

(フリガナ)

氏名

委任者と
代理人との
関係

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

※移送のため費用を自己負担した場合、健保組合がやむを得ないと認めた分について支給を受けることができます。

申請内容	移送を受けた方	☒ 被保険者・ ☐ 被扶養者(氏名)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 1 年 2 月 3 日 続柄(本人)
	傷病名	左大腿骨骨折
	発病または負傷の原因	階段で転倒
	発病または負傷の年月日	令和 4 年 7 月 4 日
	移送経路	宇都宮市〇〇から壬生町〇△まで
	移送方法	タクシーで〇〇から〇△総合病院まで移動
	移送年月日	令和 4 年 7 月 4 日
	付添人の有無 及びその住所	☒ 有(氏名 健保 花子)・ ☐ 無 〒 -
	移送に要した費用の額	5,000 円
第三者行為によるときはその事実		
第三者の氏名 及びその住所	氏名 〒 -	

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と 認めた理由	
	付添を必要と認 めた理由	医師または歯科医師の証明を受けてください。
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日
住所 〒 -		
医師または歯科医師の 氏名		

【添付書類】(※原則、原本です)

- ・「領収証」および「明細」(必須)※移送に要した費用の明細がわかるもの
- ・「権利継承届兼誓約書」(被保険者が亡くなられて申請する場合)

※こちらのQRコードからご確認ください。⇒

