

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当者	
資格取得日		年 月 日	
資格喪失日		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

**被保険者
家族
移送費申請書**

被保険者証の 記号・番号	—	被保険者の 氏名	
移送を受ける者の 氏名・生年月日	被保険者との続柄 昭和・平成・令和 年 月 日生		
傷病名	発病または負傷年月日 年 月 日		
移送年月日	令和 年 月 日 ~ 日間		
移送交通機関	移送に要した費用	¥	
移送元名称・住所			
移送先名称・住所			
付添人氏名・住所			
第三者行為による 場合、その事実			
第三者の氏名・住所			

上記のとおり、申請いたします。 令和 年 月 日

被保険者 住所 〒

氏名

印

健保 受付日付印

音羽健康保険組合 理事長 殿

注意事項

- ・この申請には、移送費に要した費用の領収書を必ず添付してください。
- ・証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

