

事業所担当印

① 2

健康保険 被保険者 移送費(費)支給申請書 家 族

被保険者(申請者)情報	被保険者の記号	番号	生年月日
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	被保険者の氏名		年 月 日
	被保険者(請求者)の住所		電話番号(日中の連絡先)
	事業所名称		()
	所在地		
委任状	コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長殿		令和 年 月 日
	上記のとおり申請いたします。 上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。		
	被保険者氏名		(印)

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 被保険者	氏名
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和 年 月 日	続柄
	傷病名		
	発症または傷病の原因		
	発症または傷病の年月日	令和 年 月 日	
	診療棟の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所(医院)の名称	〒	診療を担当した医師等の氏名
	所在地		
	移送経路		利用交通機関
	移送方法		距離
	移送年月日		
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名) <input type="checkbox"/> 無	
		〒	
	埋葬に要した費用の額		円
第三者行による時はその事実			
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	
	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。	
医療機関の所在地		
医療機関の名称		
医師の氏名		電話 ()

承認番号			

	支給金額						
法定給付							
付加給付							
合計							

常務理事	事務長	係

健保受付年月日