

健康保険 被保険者 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	事業所担当者印	被保険者証の		③ 生 年 月 日			
		①記号	②番号	昭和 平成 令和	年	月	日
	被保険者の氏名と印	(フリガナ)			事業所	名称	所在地
	被保険者の住所	郵便番号	—	(フリガナ)		(電話番号)	
	扶養が被扶養者の関するときは、その方の	④氏名			⑤生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日生
	傷病名					⑥被保険者との続柄	
	発病または負傷の原因を詳しく					発病または負傷年月日 (療養開始日) 年 月 日	
	診療等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		
	移送期間をおよび費用	区	(フリガナ)	(フリガナ)	移送後	入院 ・ 入院外	
	間	から	まで	移送先	病院		
	移 送 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			
委任状	コスモ石油健康保険組合理事長殿 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 住所 氏名						

	支 給 金 額			
法定給付	┆	┆	┆	┆
付加給付	┆	┆	┆	┆
合 計	┆	┆	┆	┆

承 認 番 号
┆

常務理事	事 務 長	係

令和 年 月 日提出

付 日 付
取 印