

被保険者・家族のどちらかを
選択してください

健康保険 被保険者 移送費支給申請書

押印は忘れずに

事業所担当者印

印

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の		生年月日						
	記号	番号	昭和 平成	年	月	日			
	5	2028999	昭 平	55	5	5			
	被保険者の 氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ	事業所 の	名称	コスモ石油(株)				
	健保 太郎	健保	所在地	東京都港区芝浦1-1-1					
	被保険者の 住所	郵便番号 105 0014	(フリガナ) トウキョウトミナトクシバ1チヨウメ10ノハチ11ゴウ	(電話番号)					
	東京都港区芝一丁目10番11号	03-3798-xxxx							
	扶養が被扶養者の関する ときは、その方の	氏名 健保 花子	生年 月日	大 止 昭 平	55年 5月 6日生	被保険者 との続柄 妻			
	傷病名	xx病	発病または負傷年月日 (療養開始日)						
	発病または負傷の 原因を詳しく	による			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	病院	診療を担当した 医師等の氏名	第三者行為によるものですか					
所在地	県市町		いいえ ・ はい						
移送 の請求	区	(フリガナ) サンカクサンカクビョウイン	(フリガナ) シカクシカクビョウイン	移送後	入院 ・ 入院外				
移送期間 を受けた区 間、	病院	から	病院	移送先	病院				
移送期間 および費用	移 送 期 間	年 月 日	年 月 日	移送回数	移送に要した費用の額	距離	利用交通機関		
自	05	10	至	05	10	1	1,280	3	タクシー
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。						平成 年 月 日		
	被保険者	住所	東京都港区芝一丁目10番11号			健保			
	氏名	健保 太郎							

事業所担当者印を忘れずに
該当者が被保険者の場合は「該当なし」と記入ください。

任意継続被保険者以外の方はもれなく委任状が必要です。記入押印を忘れずに。

	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

平成 年 月 日提出

付 日 付 印