健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号　　番号		
	氏　名	（フリガナ）	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	住　所	〒　　ー　　都・道 府・県		
			電話番号 （日中の連絡先）	（　　）
	事業所名称		提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 （事業主経由（依頼）する場合は✔）

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（　　）	預金種別	普通・当座・その他（　　）
		支店・本店・出張所 その他（　　）	口座番号	
	口座名義 （カタカナで記入）		口座名義区分	被保険者（申請者）・代理人

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 （申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　　年　　月　　日 氏名
		代理人 （口座名義人）	住所
			氏名　　被保険者との関係（　　）

申請内容	受診者（どちらかに✔）	☐ 被保険者　☐ 家族（被扶養者）	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名　　生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日　続柄（　　）		
	傷病名		発病又は負傷年月日	年　　月　　日
	発病又は負傷の原因			
	移送の経路	移送元：　　から　移送先：　　まで		
	移送の手段及び距離	手段：☐ 専用車　☐ 鉄道 ☐ その他（　　）	距離：　　km	
	移送期間及び回数	令和　　年　　月　　日 から　令和　　年　　月　　日 まで　（回数　　回）		
	移送に要した費用	円		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

関東百貨店 健康保険組合

（令6.12）