

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	健康保険証の 記号・番号	記号	番号	事業所	・コーセーG ・アルビオン ・その他()				
				所属					
	被保険者の氏名	(フリガナ)		生年月日		社員番号			
				昭和 平成	年	月	日		
	移送を 受けた方の 氏名			生年月日	昭平 令	年	月	日	続柄
	傷病名								
	移送日	令和 年 月 日							
	移送の方法 及び区間	方法		区間	から まで				
					經由				
	移送に要した 費用	円							
付添人の 氏名及び住所	氏名		住所						
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 郵便番号 住所 被保険者の氏名 電話番号									
委任状 上記により支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名(自署)									

※移送に要した費用の領収書原本を添付してください。

※やむをえず、事前に承認を受けることができなかった場合は、「移送費承認申請書(移送届)」と同時に提出してください。

退職者・任意継続被保険者の方は振込先を下記にご記入ください。↓

銀行コード		支店コード	
銀行名	銀行		支店
普通預金口座番号			
口座名義 (請求者と同一)	フリガナ		
	氏名		

受付印