

支給決議書	決済日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	担当者
	支給額	円				
	資格取得日	昭・平・令 年 月 日				
	資格喪失日	令和 年 月 日				
	支払年月日	令和 年 月 日	被扶養者台帳照合者印			

**健康保険 被保険者 移送費支給申請書**  
被扶養者

日本製紙健康保険組合 御中 令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	—		被保険者の 氏名・印	印	
	被保険者 の現住所	〒				
	被保険者の 勤務する 事業所	名称				
		所在地				
	被扶養者が移送を受 けたときはその者の	氏名	生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	続 柄	
	傷病名			発病又は負 傷の年月日	令和 年 月 日	
	発病または 負傷の原因 を詳しく					
	診療等の支給又 は手当を受けた 医療機関	名称			医師の氏名	
		所在地				
	移送を受けた 区間、移送期 間および費用	区 間	フリガナ	フリガナ	移送後	1. 入院外 2. 入院
					移送先	病院
		移送期間		移送回数	移送に要した費用	距離
自			回	円	km	
至						
支払希望 金融機関	※資格喪失後の申請のみ記入 銀行 支店 普・当		口座番号	口座名義(カタカナ)		
備考						
受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者 (申請者) 住所 氏名	印			委任者と代理人との関係	
代理人 (事業主) 所在地 名称	印					

(注意) 移送費用に関する証明書類を添付してください。

受 付 印