支給決議書	決裁年月日	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 (被扶養者) 移送費支給申請書

日本製紙健康保険組合　御中　　令和　1 年　10 月　1 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	111 ― 99999		被保険者の氏名・印	日本　太郎 (日本)			
被保険者の現住所	〒△△△-△△△△ ●●●●●●●●●●●●●●●1－2－3						
被保険者の勤務する事業所	名称	日本製紙株式会社					
	所在地	東京都千代田区神田駿河台４－６					
被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名	日本　花子	生年	昭和 (平成) 令和　50 年　5 月　5 日		続柄	妻
傷病名	心室中隔欠損症		発病又は負傷の年月日	令和　1 年　5 月　15 日			
発病または負傷の原因を詳しく	先天性						
診療等の支給又は手当を受けた医療機関	名称	日本病院	医師の氏名				
	所在地	東京都台東区上野１－１－１					
移送を受けた区間、移送期間および費用	区間	フリガ: 東京都台東区	フリガ: 神奈川県横浜市	移送後	1．入院外　2．入院		
				移送先	東亜医科大学付属病院　病院		
	移送期間		移送回数	移送に要した費用	距離	利用交通期間	
	自	令和 1 年 9 月 15日	1 回	円	km	救急車	
	至	令和 1 年 9 月 15日					
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　(日本)	
代理人（事業主）	所在地 名称　印	委任者と代理人との関係 事業主

（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