

被保険者 家族 移送費 支給申請書

Table with 4 columns: 電話, 事業主(所) 健保責任者, 事業主(所) 健保担当者, 所属上長, 庶務係

Table with 5 columns: 常務理事, 事務長, グループ長, 主務者, 担当者

事業主(所)記載欄 適用事業所記号

(注意事項)

1. 在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状をご記入ください。資格喪失者退職者は、健保から直接銀行振込しますので、退職日・振込先被保険者名義を「記入」してください。
2. 移送日が特退・任継加入期間中の場合は、保険料の引き落とし口座へ振込しますので、振込先欄は記入不要です。
3. 移送費用の領収書は原本を添付してください。
4. 外傷性疾病で、その原因が相手のいない事故の場合は「傷害事故届」、相手がいる場合は「第三者行為による傷病届」を必ず提出してください。

Main application form with sections: 被保険者証, 被保険者氏名, 患者氏名, 傷病名, 移送日, 付添人, 給付金受取方法, 申請者記載欄

移送元の医師又は歯科医師の意見 section with fields for 患者名, 傷病名, 移送日, 入院した病院, 移送の経路, 医師又は歯科医師

Table with 3 columns: 支給決定額, 支払先コード, 支給年月日

※ 本届に記載した個人情報並びに証明書類については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。