

支給決定決議書							
決裁日付印	伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会計	担当者	台帳照合
	支払年月日	年 月 日					
	支給額	円					
備考			資格	得	年 月 日		
				喪	年 月 日		
			移送承認日	年 月 日			

健康保険 被保険者家族 移送費支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	×	被保険者の氏名	健康 太郎			男	健康印		
		番号	7000	生年月日	昭和・平成・令和	××	年 4 月 1 日生	女			
	被保険者の現住所	〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-4			電話	03 ( 3287 ) 0556					
	被保険者が勤務している事業所の名称	〇〇〇株式会社									
	被保険者が勤務している事業所の所在地	東京都渋谷区神南 1-1									
	傷病名	腸閉塞			発病又は負傷の年月日	昭和・平成・令和 ××年 ×月 ×日					
	発病または負傷の原因	不明			移送年月日	平成・令和 ××年 ×月 ×日					
	移送の方法及び区間	方法	タクシー			移送に要した費用	〇,〇〇〇円				
		区間	健保クリニック から 〇〇〇総合病院			経由	回数	1 回			
	被扶養者が移送を受けたときはその者の氏名	氏名				生年月日	年 月 日		続柄		
	付添人の氏名及び住所	氏名	健康 華子			住所	東京都渋谷区神南 1-1				
	第三者行為によるときはその事実										
	第三者の指名及び住所	氏名									
		住所									
	振込希望の銀行	マルバツ 銀行 渋谷 支店	普通	口座番号	6 1 3 0 7 2 5						
口座名義(カナ)			ケンコウ タロウ								
上記のとおり申請します。											
令和 ××年 4 月 1 日											
被保険者の 住所 東京都渋谷区神南 1-1											
被保険者の 氏名 健康 太郎											
SMBC コンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿											
委任状	私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。										
	年 月 日	請求した	被保険者	移送費のうち							
			被扶養者								
			被保険者の	住所							印
		代理人の	住所							印	
		氏名									
		氏名									
振込希望の銀行	銀行	支店	普通	口座番号							
			口座名義(カナ)								
備考	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、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。 被保険者のマイナンバー記載欄										

(注 1) この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。

(注 2) 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

(注 3) 第三者の行為による負傷の際は、第三者行為傷病届一式を添付して下さい。