

移送費
家族移送費

承認伺

常務理事	事務長	担 当

金 額 (記入しないでください)		拾万	万	千	百	拾	円	事前承認日	令和	年	月	日
								承認番号	No.			

☐ 移 送 費 ☐ 家族移送費 健康保険 申請書														
被 保 険 者 氏 名								保 険 証	記 号			番 号		
移送対象者氏名								生年 月 日	S・H・R	年	月	日	続柄	
傷 病 名														
移送前の病医院の 所 在 地 ・ 名 称	(所在地)													
	(名 称)													
移送後の病医院の 所 在 地 ・ 名 称	(所在地)													
	(名 称)													
移 送 区 間	から まで													
移送に要した費用		拾万	万	千	百	拾	円	移送実施日	令和	年	月	日		
〔委 任 状〕	私は事業主を代理人と定め、本申請に基づく給付金に関する受領を委任します。													
	申請者署名 _____													
	(保険証の記号が888(特例退職者)・999(任意継続者)の方は、記入不要です。)													
上 記 の と お り 申 請 い た し ま す														
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日														
事業所名 _____														
職場名 _____ (電話番号 _____)														
被保険者氏名 _____														
ニコン健康保険組合 理事長 殿														
申請者本人(被保険者) 確認欄														
☐ チェック		この届出は、申請者本人(被保険者)が作成したものである。												

添付書類:領収書原本・明細書原本