

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 健康保険 ☐ 家族移送費 申請書												
被 保 険 者 氏 名	健保 太郎				保 険 証	記 号	57		番 号	54321		
移 送 対 象 者 氏 名	健保 太郎				生 年 月 日	S・H・R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				続 柄	〇〇	
傷 病 名	〇〇症											
移送前の病医院の 所 在 地 ・ 名 称	(所在地) 東京都品川区〇〇 〇-〇-〇											
	(名 称) 〇〇診療所											
移送後の病医院の 所 在 地 ・ 名 称	(所在地) 東京都新宿区〇〇 〇-〇-〇											
	(名 称) 〇〇医療センター											
移 送 区 間	〇〇診療所 から 〇〇医療センター まで											
移送に要した費用		拾万	万	千	百	拾	円	移送実施日	令和	〇〇	年	〇〇 月 〇〇 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 健保 太郎											
	(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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日												
事業所名 〇〇〇〇												
職場名 〇〇〇〇 (電話番号)												
被保険者氏名 健保 太郎												
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