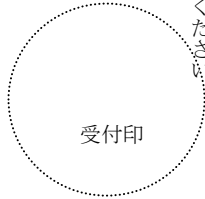


右の欄には何も記入しないでください

本件支給決定してよろしいか	常務理事	事務長		担当者	支給決定額					
						万	千	百	十	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間				備考					
承認期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間									



健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書 (移送費) 第 回

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の 記号・番号	記号	番号	事業所 の名称					
	被保険者氏名				被保険者 生年月日	年 月 日			
	申請が被扶養者に関する 時はその者の氏名				被扶養者 生年月日	年 月 日	続柄		
	傷病名				発病又は 負傷の経過				
	病院又は診療所 の名称及び所在地				病院又は診療所 に収容された 時はその期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	移送の区間 及び回数	から		回	移送に要した た費用の額	円			
	振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店・支店 出張所 支所	預金種目 普通 当座	口座番号	口座名義 (フリガナ) (フリガナ)			
	委任状	私は、本請求に基づく給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 _____ ㊟						支給 日	

上記のとおり、申請します。

年 月 日

住所

被保険者 (Tel - -)

氏名

西日本プラスチック工業健康保険組合 殿

2024.12 改

健康保険 被保険者・家族 移送承認申請書 (移送届) 第 回

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の 記号・番号	記号	番号	事業所 の名称					
	被保険者氏名				被保険者 生年月日	年 月 日			
	申請が被扶養者に関する 時はその者の氏名				被扶養者 生年月日	年 月 日	続柄		
	傷病名				発病又は 負傷の年月日	年 月 日			
	発病又は 負傷の原因				発病又は 負傷の場所				
	移送を受けた 区間	から		まで	移送先	病院			
	移送期間	年 月 日	～	年 月 日まで	移送回数	回	移送後	入院外・入院	
	移送に要した 費用の額	円		距離	約 km	利用交通機関			
	付添人の 有無	あり なし	付添人有的場合 その者の氏名・住所		氏名 住所				
	事前に申請する事が 出来なかった理由								
第三者の行為で負傷 したものです	はい いいえ	第三者行為の場合 その者の氏名・住所							
医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見 欄	傷病名				移送年月日 (予定)	年 月 日			
	移送の 必要事由								
	移送の方法 区間及び回数				必要費用の額	円			
年 月 日		医療機関の所在地 医療機関の名称 担当医師氏名・印			㊟ Tel ()				

上記のとおり、申請します。(届けます)

- 備考
- やむを得ない事由のために移送の事後に承認を受けようとする場合は、「移送承認申請書」および「申請します」を抹消し、その他の場合は「(移送届)」および「(届けます)」を抹消すること。
 - 移送承認申請を数回にわたって申請する時は、「第 回」欄にその回数を記入すること。
 - 移送の区間及び回数は明確に記入すること。
 - 「事前に申請することができなかった事由」の欄には、移送届の場合のみ記入すること。
 - 添付書類 ・移送に要した費用の領収書(原本)
・傷病が第三者の行為によるものである時は「第三者の行為による傷病届」
 - 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、申請書の余白へ記載してください。(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身分証などの添付書類が必要です。)