

【提出先】直接カネカ健康保険組合（株式会社カネカ 大阪本社内）へご提出ください。

カネカ健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長	係

被保険者
被扶養者 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の 記号・番号	記号	番号	事業所の 名称					
	移送を受けた方 の	氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	
	傷病名								
	移送日	令和 年 月 日							
	移送の方法 及び区間	方法	区間	から まで 経由					
	移送に要した 費用	円							
	付添人の 氏名及び住所	氏名	住所						
	支払金融機関 (給付金の受取を 代理人に委任する 場合は委任状も記 入)	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。） <small>注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>							
		金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カネカ)			
				普通 当座					
	委任状	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名						
		受取代理人 (口座名義人)	住所						
			Tel(日中連絡先)						
		氏名				被保険者との続柄			
	被保険者証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、備考欄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添付書類が必要です。)								
備考欄									
<input type="checkbox"/> 上記記載内容に誤りがないことを確認の上、申請します。 令和 年 月 日 郵便番号 住所 被保険者の氏名 電話番号									
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します（委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ）。									

※移送に要した費用の領収書原本を添付してください。

※やむをえず、事前に承認を受けることができなかった場合は、「移送費承認申請書(移送届)」と同時に提出してください。

健康保険組合記入欄	総費用	円	備考	
	支給額	円		