

常務理事	事務長	係	係

カネカ健康保険組合理事長 殿

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	健康保険の	記号		番号		事業所	
	移送を受けた方の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和		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	～ 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。) 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。					
		金融機関名		支店名	預金種別	口座番号	口座名義 (かた)
					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				被保険者との 続柄
		氏名		TEL (日中連絡先)			
	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、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 〒 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		