

支給決議書	伺い年月日	年 月 日	該当条文	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者
	資格	取得	年 月 日	97条 112条					
		喪失	年 月 日						
	移送年月日	年 月 日	支 給 額						
支給の有無	支給 ・ 不支給								

健康保険 被保険者 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		被保険者の生年月日			
	—		昭和 平成 令和	年 月 日		
	被保険者の (申請者) 氏名	フリガナ	事業所 の	名 称		
				所在地		
	被保険者の (申請者) 住 所	郵便番号	フリガナ	電話番号		
		—				
	被扶養者が移 送を受けたとき はその者の	氏名	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名	発病又は、負傷年月日(療養開始日)				
	発病又は負傷の 原因を詳しく			第三者行為によるものですか 1:いいえ 2:はい		
	診療等又は手当を 受けた病院ある いは診療所(医院)の	名 称	診療を担当した 医師等の氏名			
所在地		1:入院外 2:入院				
移送を受けた 区間、移送期 間及び費用の 請 求	区間	フリガナ	フリガナ	移送後	1:入院外 2:入院	
		から	まで	移送先	病院	
	移送期間(支給対象期間)			移送回数	距離	利用交通機関
年 月 日 ~ 年 月 日			回	km		

静岡県信用金庫健康保険組合

年 月 日提出

受付日付印

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、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。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

【備考】