

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								

健康保険被保険者家族 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			
	501-3001		昭和 平成 令和	45年10月22日		
	被保険者の (申請者) 氏名	フリガナ	ケンボ タロウ	事業所の 所在地	いろは信用金庫	
		健保 太郎			静岡市駿河区中田一丁目1番1号	
	被保険者の (申請者) 住 所	郵便番号	フリガナ	電話番号		
		424-△△△△	シスオカシスルガクスンフ	054-286-△△△△		
	被扶養者が移 送を受けた者 の氏名	健保 とら	生年月日	昭和 平成 令和	19年4月30日	被保険者 との続柄
	傷病名	白血病		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	不詳		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	静岡駿河総合病院	診療を担当した 医師等の氏名	山田 太郎	
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	
		トウキョウト〇〇区△△	シスオカシスルガクナカダ	移送先	静岡駿河総合 病院	
		東京都〇〇区△△1-1から	静岡市駿河区中田1-2まで	移送回数	距離	
		移送期間(支給対象期間)		1 回	60 km	
		29年1月30日～29年1月30日			〇〇通運	

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]