

支給決定伺						*ケンポ記入欄	
支給金額	円		移送日	R . . . 日 R . . . 日	取得	S・H・R . .	
	経伺	常務理事	事務長		担当者	喪失	H・R . .
						備考	

健康保険 被保険者 家 族 移送費支給申請書(兼承認申請書)

被保険者証の記号番号	-		事業所(会社)の名称				
対象者氏名			生年月日	S・H・R 年 月 日生	続柄		
発病または負傷の年月日	H・R 年 月 日		第三者行為によるもので		1.ない / 2.ある		
移送距離	km		利用交通機関				
移送先			移送後		1.入院 / 2.入院外		
付添人の有無	1.なし 2.あり ⇒ 付添人の氏名: 付添人の住所:						
移送費用	円(領収証および明細書原本を添付してください)						

医師の証明欄	傷病名			療養開始日	H・R 年 月 日		
	移送を必要とする理由(症状等を含め詳しく)						
	移送期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日 / 日間	移送回数	回			
	移送区間	から		経由		まで	
	上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日						
医療機関所在地							
医療機関名					TEL		
医師氏名 (印)							

上記の通り請求致します。	
令和 年 月 日	被保険者の住所 氏名(自署)及び 印 (印)
大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿	TEL

\* 在職者のみ記入 上記金額の受領を に委任します(会社名を記入)

* 以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)		
金融機関および支店名	銀行・信用金庫 支店	
1.普通 2.当座	口座番号	
フリガナ		
口座名義人		

所属事業所 確認印		