

支給決定伺					*ケンボ記入欄	
支給金額	円	移送日	H・R 年 月 日	取得	S・H・R . .	
経伺	常務理事	事務長	課長	担当者	喪失	S・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
移送費用	円(領収証原本を添付してください)		

医師の証明欄	傷病名		移送年月日	H・R 年 月 日
	発病または負傷の年月日	H・R 年 月 日	傷病の原因	
	移送を必要とする理由			
	移送方法・区間及び回数			
	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

事業主の証明欄	上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日			
	事業所所在地	事業所名	TEL	事業主氏名
				(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		