

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	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の名称	大同〇〇株式会社				
対象者氏名	健保 太郎	生年月日	S・H・R 〇年〇月〇日生	続柄	本人		
移送費用	〇〇, 〇〇〇 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	Ⓜ					

上記の通り請求致します。							
令和 〇年 〇月 〇日			被保険者の住所 〇〇〇 .....				
			氏名(自署)及び印 健保 太郎 Ⓜ				
大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿			TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇				

\* 在職者のみ記入 上記金額の受領を 大同〇〇株式会社 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		

社会保険担当部署の印

あてはまるものに〇印

必ず該当する方のいずれかに記入

会社名を記入

医師が記入

事業主が記入

大同健保