

支給決定伺						*ケンポ記入欄	
支給金額	円	移送日	R . . . 日	取得	S・H・R . . .		
			R . . . 日		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)

あてはまるものに○印

被保険者証の記号番号	○○○ - ○○○○	事業所(会社)の名称	大同○○株式会社	
対象者氏名	健保 太郎	生年月日	S・H・R 年 月 日生	続柄 本人
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	50 km	利用交通機関	タクシー	
移送先	○○病院	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:(付添人が勤務する医療機関、施設等住所で可)			
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)			

(略称不可・事業場名不要)
会社名のみを記入

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	經由	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)					

医師が記入

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 健保 太郎 (印) (健保)
 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 大同○○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

大同健保