|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保記入欄 | 資格取得日 | 年　　　　月　　　　日 | 伺年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 区分 | 承認　　　・　　　　不承認 | 決裁年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ｊ－オイルミルズ健康保険組合　理事長　殿  **健康保険** | | | | | | | | **被保険者**  **被扶養者** | | | **移送費支給申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証 | 記号 | |  | | | | | 被保険者  氏名 |  | | | | | | | | | | 被保険者  生年月日 | | Ｓ  Ｈ | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 番号 | |  | | | | |
| 被保険者の  現住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | 名　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請が被扶養者に  関するときは  その者の | 氏　名 | | |  | | | | | | | | | 被扶養者  生年月日 | | | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　　月　　　日 | | | | | | 続　柄 | | |  | | |
| 傷　病　名 |  | | | | | | | | | | | | 発病又は  負傷年月日 | | | Ｈ  Ｒ | 年　　　月　　　日 | | | | | | 第三者行為によるもの  ですか | | | | は　い  いいえ | |
| 発病又は  負傷の原因 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移送区間 |  | | | | | | | | | | | | | | から |  | | | | | | | | | | | | まで |
| 移送の手段及び距離 | 手段 | | | | 専用車  鉄道  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | 距離 | | Ｋｍ | | | | | | | | | | |
| 移送期間及び回数 | Ｒ | 年　　　月　　　日　から | | | | | | | | | Ｒ | | | 年　　　月　　　日　まで | | | | | | 回数 | | | | 回 | | | | |
| 移送に要した費用 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 | | | | | | | | | | | | 令和　 年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の | 氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ㊞ | | | |
| 氏名を自署した場合は、押印不要です。ただし、受領を代理人に委任する場合は 委任状と同じ印を押印ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任状 | □本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 被保険者（申請者）の | 氏名 |  | | | | | ㊞ |
| 受取代理人の | 住所 | 〒  電話番号 | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | ㊞ |
| 続柄 |  | | | 代理人は被保険者とは別の印を押印ください。 | | |
| 振込先 |  | | 銀行 |  | | 本店 ・ 支店 |
| 普通　　・　　当座 | | | 口座番号 |  | |
| 口座名義  （カタカナで記入） | |  | | | |

【添付書類】➀移送の費用を自己負担していることが確認できる領収書の原本及びその内訳別の費用額が記載されたもの

➁移送の経路及び手段、距離、期間（移送日）、回数などの移送内容の詳細を確認できるもの

|  |  |
| --- | --- |
| 社会保険労務士  提出代行者の印 | ㊞ |