

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 **被保険者**

健康保険 被扶養者 移送費支給申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 險 者 証	記 号 番 号	800 1234	被 保 險 者 氏 名	健保 太郎	被 保 險 者 生 年 月 日	S H R	〇〇 年 〇 月 〇 日
	被 保 險 者 の 現 住 所	〒 〇〇〇—〇〇〇〇 東京都〇〇〇区△△△丁目〇〇—〇〇 電話番号〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇						
	事 業 所 名	名 称	株式会社 〇〇〇〇〇					
	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	脳出血		発 病 又 は 負 傷 年 月 日	H R	〇 年 〇 月 〇 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	自宅で倒れ意識を失った						
	移 送 区 間	〇〇〇病院		か ら	△△△病院		ま で	
	移送の手段及び距離	手 段	専用車 鉄道 その他( )	距 離	15 Km			
	移送期間及び回数	R	3 年 5 月 10 日 から	R	3 年 5 月 10 日 まで	回 数	1 回	
	移送に要した費用	〇〇,〇〇〇 円						
<input checked="" type="checkbox"/> 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 3 年 5 月 13 日 被保険者の 氏 名 健保 太郎 <b>印</b> <small>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。</small>								

委 任 状	<input type="checkbox"/> 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 險 者 (申 請 者) の 氏 名	氏 名						印
	受 取 代 理 人 の 住 所	〒 住 所 電 話 番 号						
	受 取 代 理 人 の 氏 名	氏 名						印
	受 取 代 理 人 の 続 柄	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】①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  
②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	印
--------------------	---