

【添付書類】

「移送に関する医師の意見書」及び「領収書(原本)」を添付してください。

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

太枠線内は、すべて記入してください。

被保険者証の 記号・番号	—	事業所名			
移送を受けた者の氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄	
傷病名		発病又は 負傷日	令和 年 月 日		
発病又は負傷の 原因					
第三者行為によるもので すか	いいえ ・ はい ※「はい」の場合は、第三者行為による傷病届を提出して下さい。				
移送経路					
移送方法					
移送日	令和 年 月 日				
付添人の有無及び その住所	あり(氏名) ・ なし 〒 —				
移送に要した費用の額	円 ※領収書(原本)を提出				
上記により申請し、給付金の受領を私の所属する保険給付受領代理人に委任します。 令和 年 月 日 〒 被保険者 住 所 氏 名 ㊞ 明治グループ健康保険組合理事長 殿					

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。

但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在)の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄

健保受付印

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者