

申請ルート: 申請者(被保険者)→ミットヨ健康保険組合

健康保険 移送費 支給申請書

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号		被保険者証 番号		申請日	年	月	日	
	被保険者氏名	氏	名		社員番号				
					生年月日	年	月	日	
	所属名称								
	住民票住所	〒 -							
	移送を受けた 者の氏名		その者の 生年月日		年	月	日	被保険者との 続柄	
	傷病名					発病または 負傷の年月日	年	月	日
	発病または 負傷の原因					移送年月日	年	月	日
	移送の経路 及び方法					移送に要した 費用	円		
	付添人の 氏名		付添人住所	〒 -					
	第三者行為によるときはその事実								
	第三者の 氏名		第三者の住所	〒 -					
	給 付 金 受 取 方 法	A. 事業主経由での支給 (在職中の方が記入)		【委任状】この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任いたします。 年 月 日 被保険者 氏名					
B. 個人口座へ支給 (任意継続者、資格喪失後 申請する方が記入)		銀行名			支店名				
		種別	普通	当座	口座番号				
		口座名(カナ)							

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 記 入 す る と こ ろ	移送を必要と 認めた理由							
	付添を必要と 認めた理由							
	移送の経路 及び方法		移送年月日	年	月	日		
	うえのとおり相違ないことを証明する。 年 月 日							
	医療機関住所 医療機関名 医師名 電話番号							

被保険者のマイナンバー記載欄

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

健保組合受付欄