

移送費支給申請書

受付印

いすゞ自動車健康保険組合 御中

(被保険者・被扶養者)

令和 年 月 日提出

※ 事前に健康保険組合の承認が必要です。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者名 フリガナ 本申請書の提出および給付金の受領を事業主に委任します	生年月日 (才) 昭和 平成 年 月 日	記号	番号
	<input type="checkbox"/> 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。			
	現住所 〒 TEL	事業所名		
	申請が被扶養者に関する場合はその氏名 フリガナ	生年月日 (才) 昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄	
	傷病名	発病又は負傷の年月日 平成 令和 年 月 日	第三者行為によるものか はい・いいえ	
	発病または負傷の原因およびその経過		仕事・通勤中の負傷か はい・いいえ	
	移送する前に承認を受けることができなかった場合はその理由			
	移送年月日 令和 年 月 日	移送の方法	移送に要した費用 円	
	移送先医療機関名	移送先医療機関所在地	移送後区分 入院・通院	
	移送の区間 から まで			
付添人の有無および住所・氏名 有・無 / 氏名 住所				
送金先 ※ 通常は事業所経由での支給のため記入不要 いすゞ自動車(株)退職後の請求の場合は記入 銀行 支店	口座番号 普通	受取人氏名(カナ)		

医 師 の 意 見 欄 (医 師 の 意 見 書 添 付 可)	傷病名	移送年月日 令和 年 月 日
	移送を必要と認めた理由 (症状その他具体的に詳しく記入してください)	
	付き添いを認めた理由	
	移送方法	
	移送の区間 から まで	
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師名		

(注)

- 提出先は、勤務先の健康保険業務担当部署です。(健康保険組合に直接提出ではありません)
- 移送前に承認を受けることができなかった場合はその理由をご記入ください。
- この申請書には、移送に要した費用の領収書原本を必ず添付してください。
- 医師の意見書や医療機関発行の移送に関する説明書などの原本を添付してください。
- 当申請書にマイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

事業所担当者確認欄

--	--