健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者情報 申請内容

①被保険者証の	記号 □□□1	番号 □□□□	②事業所の名称	
③被保険者氏名			④移送を受けた方	
⑤住所 電話番号	〒 □□□－□□□□ ☎ □□□□□□□□□□		都道府県	
⑥傷病名			⑦発病または負傷年月日	□ 年 月 日 □ 不詳、先天性等
⑧発病の原因	□ 私傷病（勤務時間外のケガ）→理由（自宅で転んだ、不明等 ） □ 勤務中のケガ □ 交通事故 □ 第3者行為（ケンカ等）			

⑨診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名

⑩移送経路、移送方法、移送期間及び費用の請求				
	移送経路	から まで		
	移送後	□ 入院 □ 入院外	移送先	
	移送期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		
	移送回数	回	移送に要した費用の額	円
	距離	ｋｍ	利用交通機関	

⑪移送を必要とする理由 症状、その他具体的に記入してください。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。	
⑫付添人の有無	□ 有 付添人の氏名 付添人の住所 □ 無

給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 氏名（自署） 令和 年 月 日
委任された受取代理人（事業主等）	住所 氏名 被保険者（申請者）と受取代理人との関係
窓口受領者	上記金額正に受領いたしました。

受付印

名古屋木材健康保険組合

※退職後等の給付を被保険者(申請者)本人口座へ希望される場合は、別途「振込先銀行口座記入用紙」の提出が必要となりますので、当健保までご連絡ください。

被保険者のマイナンバー記入欄 □□□□□□□□□□□□ 被保険者証の記号番号がご不明の場合にご記入ください

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

必要添付書類

□ 移送に要した費用の額の証拠書類（領収書、明細等）

□ 医師の意見書

2022/9