

| | |
|-------|-------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
| 同年月日 | 年 月 日 |
| 決裁年月日 | 年 月 日 |
| 支給額 | 円 |

| 支給支払決議書 | | | |
|---------|-----|-------|--|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | |
| | | | |
| 資格取得日 | | 年 月 日 | |
| 資格喪失日 | | 年 月 日 | |
| 支払年月日 | | 年 月 日 | |

**被保険者
家族
移送費申請書**

| | | | |
|---------------------|----------------------------|-------------|---------------------|
| 被保険者証の 記号・番号 | — | 被保険者の 氏名 | |
| 移送を受ける者の 氏名・生年月日 | 被保険者との続柄 昭和 ・ 平成 年 月 日生 | | |
| 傷病名 | | | 発病または負傷年月日 年 月 日 |
| 移送年月日 | 平成 年 月 日 ~ 日間 | | |
| 移送交通機関 | | 移送に要した費用 | ¥ |
| 移送元名称・住所 | | | |
| 移送先名称・住所 | | | |
| 付添人氏名・住所 | | | |
| 第三者行為による 場合、その事実 | | | |
| 第三者の氏名・住所 | | | |

上記のとおり、申請いたします。平成 年 月 日

被保険者 住所 〒

氏名

印

健保 受付日付印

音羽健康保険組合 理事長 殿

注意事項

- ・この申請には、移送費に要した費用の領収書を必ず添付してください。
- ・証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

