

# 支給決定書

常務理事	事務長	係員	担当者

支給金額							円
不承認							
備考							

資格取得日	昭和 平成 令和		年		月		日
資格喪失日	平成 令和		年		月		日
扶養認定日	令和		年		月		日

健保受付印

支給日		月		日
-----	--	---	--	---

NO. 1/2

被保険者

被扶養者

## 移送費申請書

被保険者証の 記号と番号	記号		番号						
事業主の名称				事業主所在地					
移送を受けた者	氏名	(氏)	(名)						
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄			
傷病名				発病または 負傷の年月日	令和	年	月	日	
発病または負傷の原因									
移送の経路および方法				移送に要した費用					円
付添人	(氏)	(名)	住所						
傷病が第三者の行為による場合 (第三者の情報)	氏名				住所				
	その事実								
振込先 指定 口座	公金受取口座	<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は、左の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。						
	振込先口座	申請者 OR 代理人	(金融コード)	銀行	(支店コード)	支店			
	普通					口座名義 (カタカナ)			
氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日		
住所	〒 -			電話	- -				
HOYA健康保険組合理事長 殿		上記によって請求します。			令和	年	月	日	

私は、代理人と定め、令和 年 月 日に請求した、移送費の受領方を委任します。

委任 状	代 理 人	氏名	
		住所	

※本届出に記入された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。  
※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。

令和4年10月11日現在

## 医師または助産師の証明書

記入欄	被保険者記号	被保険者番号										
	氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日				
医師または 歯科医師の 意見	移送を必要と認めた理由											
	付添を必要と認めた理由											
	入院した病院または診療所の名称											
	入院した期間	自	入院	令和	年	月	日	日間				
		至	退院	令和	年	月	日					
移送の経路および方法												
上記のとおり相違ありません。												
令和 年 月 日												
住所												
医師 氏名												