

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	〇〇〇	番号	〇〇〇〇	
事業主の名称	株式会社〇〇〇〇		事業主所在地	所属する事業所の本社地	
移送を受けた者	氏名	(氏) 〇〇〇	(名) 〇〇〇〇		
	生年月日	昭和 平成 令和	* * * * *	続柄	**
傷病名	〇〇〇〇	発病または 負傷の年月日	令和	* * * * *	
発病または負傷の原因	〇〇〇〇				
移送の経路および方法	救急車等	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	該当するときに記入	
	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	銀行	支店	
		(金融コード)	〇〇〇 *****	〇〇〇〇 ***	
		普通	* * * * *	口座名義 (カタカナ)	〇〇〇〇 〇〇〇
氏名	(氏) 〇〇〇	(名) 〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成	* * * * *
住所	〒 -		都道府県から記入してください。	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	代理人が受け取る場合にご記入ください。
-----	-----	----	----	---------------------

※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		年		月		日
						平成	*	*	*	*	*	*	*
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													