

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

担当印

NO. 1/2

被保険者

被扶養者

移送費申請書

被保険者等 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		
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	銀行	支店
		(金融コード)	(支店コード)	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。
※被保険者等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7年4月1日現在

医師または助産師の証明書

記入欄	被保険者等 記号	被保険者等 番号							
	氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和	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。									
医師		住所		令和 年 月 日					
		氏名							