

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	〇〇〇	番号	〇〇〇〇
事業主の名称	〇〇〇株式会社		事業主所在地	所属する事業所の本社他
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	年	月
傷病名	〇〇〇〇	発病または 負傷の年月日	令和	年
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) 該当する時に記入	氏名	住所		
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☑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。		
振込先指定口座	申請者	〇〇〇	銀行	〇〇〇
	OR 代理人	(金融コード) * * * *	(支店コード) * * * *	支店
	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	〒 -		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	代理人が受け取る場合にご記入ください
		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							