

被保険者 被扶養者 移送費 支給申請書

常務理事	事務長	担当者

神栄健康保険組合 御中

提出日： 年 月 日

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	—	勤務する事業所名称			
	被保険者氏名			生年月日	年 月 日	
	被保険者の住所				電話	( )

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 ( 氏名 )				
	対象者の生年月日	年 月 日	続柄			
	傷病名					
	発症または負傷の原因					
	移送経路 (詳細に)					
	移送方法					
	移送年月日	年 月 日				
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 ( ) ・ <input type="checkbox"/> 無 〒 —				
	移送に要した費用の額					円
	第三者行為によるときはその事実					
第三者の氏名及びその住所	氏名 〒 —					

振込先情報	振込希望金融機関	金融機関名称		支店名	
	退職者・任意継続者のみ記入	口座番号	普通・当座	フリガナ	
			No.	口座名義	

医師・歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	( 緊急を要するものであったかを含めて具体的に記入ください。 )			
	付添を必要と認めた理由				
	移送経路 (詳細に)				
	移送方法				
	移送年月日	年 月 日			
	上記の通り相違ありません。 年 月 日				
医師または歯科医師の証明 〒 — 住所 医療機関名称 氏名					