

※支給決議書	資格取得日	年 月 日	伺 い	年 月 日	常務理事	事務長	係
	資格喪失日	年 月 日	決 済	年 月 日			
	被扶養者 資格	☐ あり ☐ なし	移送に要した 費用の額 ￥	支給額			円

※上、支給決議書は健保記入欄につき、記入しないでください。

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書 1ページ目(全2ページ)

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿 次の通り申請します。 (申請日) 令和 年 月 日										
申請者	フリガナ					被保険者等記号・番号				
	氏 名					—				
	生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日		申請者 住 所	〒 —					
	日中の 連絡先	()								
申請内容	移送を 受けた者	氏 名				生 年 月 日	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日			
	傷病名 (症状)					発症・負傷 年 月 日	☐ 平 ☐ 令 年 月 日			
	発症・負傷の 原因等					原因が第三者行為によるものの場合				
						第三者 氏 名				
	移送の年月日		移送の方法		第三者 住 所	〒 —				
	令和 年 月 日									
	移送の経路					付添人がいる場合				
						付添人 氏 名				
						付添人 住 所	〒 —			
						移送に要した費用の額				
					円					
振込先指定	金融機関名	銀行・信金 信組・協組・他			本店 支店	※申請者以外の口座を指定する場合は 下欄で受取代理人へ委任が必要です				
	口 座	☐ 普通 ☐ 当座	番号(左詰め)			名義(カタカナで記入)				
受取代理人			本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します 令和 年 月 日							
	委任者 (申請者)	氏名		/受付印日付\						
	被委任者 (代理人)	〒 — 電話 () 住所 氏名								

移送費支給申請書 2ページ目

医師または 歯科医師記入欄	移送を受けた者の氏名		移送日	令和 年 月 日
	移送を必要と認めた理由			
	付添を必要と認めた理由			
	移送経路 移送方法			
	上記の通り、事実と相違ないことを証明する		令和 年 月 日	電話 ()
医療機関所在地				
医療機関名称				
医師・歯科医師氏名				