

※支給決議書	資格取得日	年	月	日	年	月	日	常務理事	事務長	係
	資格喪失日	年	月	日	年	月	日			
	被扶養者資格	☐ あり ☐ なし	移送に要 費用の	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 〇 年 〇 月 〇 日

申請者	フリガナ	ケンポ タロウ				被保険者等記号・番号							
	氏名	健保 太郎				5	0	1	—	1	0	0	
	生年月日	☒ 昭 ☐ 平 60年 5月 30日	申請者 住所	〒413 - 0011 静岡県熱海市田原本町9-1									
	日中の 連絡先	090 (0000) 0000											
申請内容	手当を 受けた者	氏名	健保 花子			生年月日	☒ 昭 ☐ 平 ☐ 令 60年 4月 1日						
	傷病名 (症状)	脳出血	ケガ(外傷)の場合は詳しく お書きください。			発症・負傷 年月日	☐ 平 ☒ 令 2年 4月 1日						
	発症・負傷の 原因等	不 明				原因が第三者行為によるものの場合							
	移送の年月日		移送の方法		第三者 氏名								
	令和 2年 6月 1日		陸送(車)		第三者 住所	〒 -							
	移送の経路					付添人がいる場合							
	民間の救急車 〇〇病院 → ××病院					付添人 氏名	医師が必要と認めた場合、 付添人の費用も出ます。						
	出発地と到着地、その間に利用した交通機 関が分かるようにお書きください。					付添人 住所							
						移送に要した費用の額					円		
						2 0 0 0 0 0							
振込先指定	金融機関名	〇〇 銀行・信金 〇〇 本店				※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)							
		1	1	1	0	0	ケ	ン	ホ	。	タ	ロ	ウ
受取代理人	委任者 (申請者)	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											
	被委任者 (代理人)	氏名											受付印日付
	住所	〒 - 電話 ()											
		氏名											