

被保険者  
健康保険 移送費支給申請書  
被扶養者

\* 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合、備考欄にマイナンバーを記載してください。  
(その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 右枠内の①・②を確認の上、確認欄口に<br>レ点(チェック)を記入してください  |   | 確認欄<br>(チェック)   | この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。                              |   |
|  |   | <input checked="" type="checkbox"/>   | ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである<br>② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |   |
| 被保険者証<br>の記号番号   | 記号<br>×××   | 番号<br>×××××   | フリガナ<br>被保険者氏名  | ケンポ タロウ<br>健保 太郎                        |
| 事業所名<br>(所属部署)   | 日本たばこ産業(株) ○○○部   |   |   |   |
| フリガナ   | ケンポ タロウ   |   | 被保険者<br>との続柄  | 本人                                      |
| 移送を受け<br>た者の氏名   | 健保 太郎   |   | 第三者の行為に<br>よるものですか  | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 傷病名  | 頭部打撲  |   | 発病または<br>負傷年月日  | 平成・令和××年 4月 5日                          |
| 発病または<br>負傷の原因   | 登山の途中、誤って崖から転落した。   |   | 移送に要した費用  | 50,000 円                                |
| 移送の方法  | ・飛行機 <input checked="" type="checkbox"/> タクシー<br>・電車 ・その他 ( ) |   | 移送年月日   | 平成・令和××年 4月 6日                          |
| 移送の経路  | ○○県○○市にある□□病院から東京都にある△△△病院まで                                  |   |   |   |
| 移送に関<br>して付添<br>いがあっ<br>た場合  | 付添人氏名   | 付添人に係る<br>移送の費用   |   |   |
|  | 付添人住所   |   |   |   |
| 個人番号が記載された申請書を<br>事業主経由で提出する方  |   | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。<br>(*委任する方は口にし点を付けてください。)   |   |   |
| が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄   | 在職者の方   | 本請求に基づく給付金の受領を事業主(代理人)に委任します。<br>令和 ××年 5月 25日<br>被保険者氏名 健保 太郎  |   |   |
|  | 退職後の方   | 銀行 支店 □座番号<br>金庫 出張所 [ ] 普通・当座<br>信用組合 支所 □座名義(カタカナ)<br>*被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合、本請求に基づく給付金の受領を<br>代理人に委任します。<br>令和 年 月 日<br>被保険者氏名<br>代理人の住所<br>電話番号 ( )<br>氏名 |   |   |
| 上記のとおり申請します。<br>また、ジェイティ健康保険組合が必要により関係機関(医療機関等)に対し、内容照会等を行うことに同意します。<br>令和 ××年 5月 25日<br>ジェイティ健康保険組合 理事長 殿<br>住所 ○○市○○区△△町2-1<br>被保険者(申請者) 電話番号 ×××(×××)0000<br>氏名 健保 太郎 |   |   |   |   |

☆被保険者証の記号番号  
を選択した場合は、今まで  
と同様の手続きで可能とな  
ります。  
(注)個人番号および本人  
の確認をするための添付書  
類は不要です。

※個人番号が記載され  
た申請書を事業主経由  
で提出する方は、口に  
し点にご記入下さい。

在職者の方は、給付金  
を事業主経由で支払い  
ますので、受取代理人  
の欄にご記入下さい。

退職後(退職予定)の方  
は、給付金の振込先金  
融機関をご記入下さい。

なお、被保険者名義以  
外の口座に振込を希望  
する場合には、委任欄  
のご記入が必要となり  
ます。

備考欄

支払日付印

健保受付日付印

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認を  
するための添付書類が必要です。

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。

(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。