

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間

決 裁	常務理事	事務長	課 長	担当者
標準報酬	千円			
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			

### 健康保険 移送費支給申請書（被保険者・被扶養者）

被保険者証の記号番号 または個人番号（マイナンバー）	—		事業所の名称	
被保険者の氏名				
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	被保険者との続柄	
傷病名	発病または負傷の年月日		年 月 日	
発病または負傷の原因				
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名		
		加害者の住所		
移送年月日	令和 年 月 日			
移送先の医療機関・診療所名				
移送を受けた区間・回数	区間	經由： から	まで	回数 回
移送に要した費用の額	円	利用交通機関		
振込希望の銀行 （被保険者口座）	普通 当座	銀行	支店	（口座名義人）
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者の住所 〒 — 氏名 ナイスグループ健康保険組合理事長 殿				

※注意事項

この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類（領収書等）を添付してください。  
また、第三者行為による負傷の際は、第三者行為傷病届一式を添付してください。

受付日付印