日本郵船健康保険組合理事長　殿　（申請：　被保険者　→　厚生チーム　→　日本郵船健康保険組合）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給額 | 円 | |
| 資格取得年月日 | | 年　　月　　日 |
| 資格喪失年月日 | | 年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決裁日付 |  | |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |

**被保険者**

**被扶養者**

**移送費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  （注意事項）  　　・この申請書には、移送に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。  保  険  者  が  記  入  す  る  と  こ  ろ | 被保険者証の  記号・番号 | | － | | | 被保険者氏名 | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | |
| 被保険者住所 | | 〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 被扶養者が移送を受けるための請求であるときはその者の氏名 | |  | | | | 生年月日 | |  | | | | | 被保険者との続柄 | |  |
| 発病又は負傷  の年月日 | | 年　　月　　日 | | | | 傷病名 | | | |  | | | | | |
| 発病又は負傷の原因 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 診療、薬剤の支給又は手当を受けた医療期間の | | 所在地  電話番号 | | TEL　　　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 診療を担当した医師等の氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 移送を受けた区間 | | から | | | | | | | | | まで | | | | |
| 移送期間 | | 年　　　　月　　　　日から　　　　年　　　　月　　　　日まで | | | | | | | | | | | | | |
| 移送回数 | 回 | | 移送に要した費用の額 | 円 | | | 距離 | | km | | | 利用交通機関 | |  | |
| 振込希望の銀行  又は郵便局名 | | 普通  当座  　　　　　　　銀行　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便局  口座名義（カタカナ） | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 委　任　欄 | 私は、日本郵船（株）を代理人と定め、次の権限を委任する。  上記により請求する移送費の受領に関すること。  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　被保険者の住所  　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　代理人の住所　東京都千代田区丸の内２－３－２  　　　　　　　　　　　氏名　日本郵船（株） |

年　　月　　日作成　社会保険労務士（東京都社会保険労務士会）

提出代行者・事務代行者　 森　 圭　志 TEL 03-6759-8830

受付日付印