

健保記入欄	受付日	令和	年	月	日	支給額	円
	資格取得日		年	月	日	支給日	令和 年 月 日
	資格喪失日		年	月	日	承認期間	令和 年 月 日
	被扶養者認定日		年	月	日		令和 年 月 日
		課長	担当	台帳	移送回数	回	
					移送区間		

健保組合  
受付印

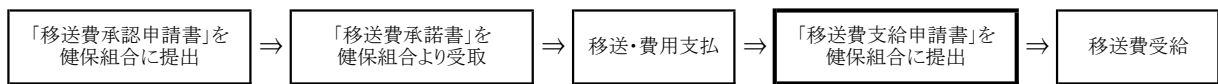
- 被保険者(本人)  
 被扶養者(家族)

## 移送費支給申請書

被 保 險 者 情 報	島津製作所健康保険組合理事長殿 「注意事項」の内容について同意し、下記の通り申請します。						令和	年	月	日
	被保険者証 記号・番号	記 番	被保険者 名		会社名					
	自宅住所	〒			TEL	部署名				
	※任意継続被保険者又は 資格喪失者のみ記入	銀行名	支店名	支店番号	普通 貯蓄					
	備考欄									

申 請 内 容	対象者名		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	傷病名									
	移送を必要とした理由									
	移送経路						回数	回		
	移送方法									
	移送年月日	令和	年	月	日	移送に要した費用		円		

### 手続き



### 添付書類

- ・ 移送に要した費用の領収書(原本)
- ・ やむを得ない事由で事前に承認を受けなかった場合は「移送承認申請書・移送届」

### 注意事項

- ・ 移送費は健保組合が必要であると認める場合に限り支給します。
- ・ 診療報酬明細書(レセプト)での内容確認後、支給決定を行います。
- ・ 在職者の給付金は移送月の約3ヶ月後、事業主経由で支給します。
- ・ 記入漏れがある場合は一旦返却します。その場合、支給が遅れることがあります。
- ・ 被保険者証の記号番号にかえてマイナンバーを記載する場合は、備考欄へ記載し本人確認書類を添付してください。