

| 支給決定決議書 | | | | | | | |
|---------|-------|-------|-------|-----|-------|-----|------|
| 決裁日付印 | 伺年月日 | 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 会計 | 担当者 | 台帳照合 |
| | 支払年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| | 支給額 | 円 | | | | | |
| 備考 | | | 資格 | 得 | 年 月 日 | | |
| | | | | 喪 | 年 月 日 | | |
| | | | 移送承認日 | | 年 月 日 | | |

健康保険 被保険者 家 族 移送費支給申請書

| | | | | | |
|--|--|--|------------------|-----------------|----------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証 | 記号 番号 | 被保険者の氏名 | 男 女 | 印 |
| | 被保険者の 現住所 | 〒 | 電話 () | 昭和・平成・令和 年 月 日生 | |
| | 被保険者が 勤務している 事業所の | 名称 | 所在地 | | |
| | 傷病名 | | 発病又は 負傷の年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | |
| | 発病または 負傷の原因 | | 移送年月日 | 平成・令和 年 月 日 | |
| | 移送の方法 及び区間 | 方法 | 移送に要した 費用 | 円 | |
| | | 区間 | 経由 | 回数 | 回 |
| | 被扶養者が移 送を受けたと きはその者の | 氏名 | 生 年 月 日 | 年 月 日生 | 続 柄 |
| | 付添人の氏名 及び住所 | 氏名 | 住所 | | |
| | 第三者行為によ るときはその事 実 | | | | |
| | 第三者の指名 及び住所 | 氏名 | 住所 | | |
| | 振込希望の銀行 | 銀行 | 支店 | 普通 口座番号 | 口座名義(カナ) |
| | 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 印 SMBC コンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿 | | | | |
| | 委任状 | 私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日請求した 被保険者 移送費のうち 被扶養者 被保険者の 住所 氏名 印 代理人の 住所 氏名 印 | | | |
| | 振込希望の銀行 | 銀行 | 支店 | 普通 口座番号 | 口座名義(カナ) |
| 備考 | 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、 個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。 被保険者のマイナンバー記載欄 | | | | |

(注1)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。

(注2)上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

(注3)第三者の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下さい。