

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 等	記 号	被保険者の氏名		男・女		印	
		番 号	生 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日生			
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒 電話 ()						
	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 被保険者の氏名 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 被保険者の氏名 印 代理人の住所 代理人の氏名 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	被保険者等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。