

支給決定議書							
決裁日付印	同年月日	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	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實							
	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 (印)								
氏 名								
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					
			住 所					
			氏 名					
		住 所						
		氏 名						
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。