

①

常務理事	事務長	係

支給決定伺

支出科目	第 款 項 目	療 養 費 家 族 療 養 費	支給決定金額	円
支給決定月日		会計処理月日	備考	

被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

被 保 險 者 記 入 欄	被 保 險 者 等	記号 番号	事業所の名称		
	被 保 險 者 氏 名		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	
	移送が被扶養者に関するとき	氏 名	生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日 続柄	
	傷 病 名		発病又は負傷の年月日	平成 令和 年 月 日	
	発病又は負傷の原因				
	傷病の経過				
	診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	所在地		
		氏名			
	移 送 の 経 路				
	移 送 年 月 日	令和 年 月 日			円
	移送の方法 (利用交通機関)				
	付添人の氏名		付添人の住所		
	移送を必要とする理由				
	第三者の行為による負傷であるとき	事実の届出の有無	第三者の氏名と住所		
	振込先銀行名	銀行	支店	口座番号	名義
上記の通り申請致します 令和 年 月 日 被保険者の氏名 大和ハウス工業健康保険組合理事長殿				受付日付印	

注
意
事
項

- * 移送を必要とする医師の意見書(②)を必ず添付してください。
- * 移送に要した費用の額を証明する書類(領収書・領収明細書)の原本を添付してください。
- * 振込先銀行名は被保険者名義のものを記載してください。