

| | | | | | | | | | |
|--------------|-----|-----|-----|--|--|--|------|-------|--|
| 給付支給決定並びに支出伺 | | | | | | | 同年月日 | | |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | | | | | 円 | | |
| | | | 支給額 | | | | | 決裁年月日 | |

被保険者・家族 移送費支給申請書

ナブテスコグループ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

| | | | | |
|-----------|----------------|---|----------------|--|
| 記号 | 社員コード | | 被保険者名 | |
| 番号 | | | | |
| 現住所 | 〒 TEL | | | |
| 移送を受けた者 | 氏名 (続柄) | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | |
| 傷病名 | | 発病又は負傷年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 発病又は負傷の原因 | | | | |
| 移送年月日 | 令和 年 月 日 ~ 月 日 | 移送経路 | | |
| 移送に要した費用 | 円 | 移送方法 交通機関 | | |
| 付添人 | 有・無 | <input type="checkbox"/> 有 (氏名) <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | 住所 | 〒 | | |

| | | | | |
|---------------------------------|-------------|----------------|------|--|
| 医師・歯科医師の意見書 | 移送を必要と認めた理由 | | | |
| | 付添を必要と認めた理由 | | | |
| | 移送年月日 | 令和 年 月 日 ~ 月 日 | 移送方法 | |
| | 移送経路 | | | |
| | 移送先 | 医療機関所在地 | | |
| | | 医療機関名称 | | |
| 上記のとおり、相違ありません | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | |
| 医療機関所在地 医療機関名称 TEL 医師名 | | | | |

※ 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(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。)

| | |
|----|--|
| 備考 | |
|----|--|

| | | |
|-----|------|--|
| 委任状 | 委任事項 | この給付の (住所) 受領方を 令和 年 月 日 (氏名) 印 に委任する (被保険者) 印 |
| | エラ | 銀行 支店 当座・普通 番号 |

——受付日付印——

(添付書類) ・領収書(原本)および明細書を添付ください。