

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) (被保険者)	印に委任する 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。