日本郵船健康保険組合理事長　殿　（申請：　被保険者　→　厚生チーム　→　日本郵船健康保険組合）

|  |  |
| --- | --- |
| 支給額 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 資格取得年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 資格喪失年月日 | 　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 決裁日付 |  |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |

**被保険者**

**被扶養者**

　　　　　　　　　　　　　　　**移送費支給申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　被（注意事項）　　・この申請書には、移送に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。保険者が記入するところ | 被保険者の記号・番号 | 　　－ | 被保険者氏名 | 　　　　　　　　年　　月　　日生 |
| 被保険者住所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　－　　　　－ |
| 事業所名 |  |
| 被扶養者が移送を受けるための請求であるときはその者の氏名 |  | 生年月日 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 発病又は負傷の年月日 | 　　年　　月　　日 | 傷病名 |  |
| 発病又は負傷の原因 |  |
| 診療、薬剤の支給又は手当を受けた医療期間の | 所在地電話番号 | 　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　－　　　　－ |
| 名称 |  |
| 診療を担当した医師等の氏名 |  |
| 移送を受けた区間 | 　　　　　　　　　　　　　　　　から | 　　　　　　　　　　　　　　　　まで |
| 移送期間 | 　　　　年　　　　月　　　　日から　　　　年　　　　月　　　　日まで |
| 移送回数 | 　　　　回 | 移送に要した費用の額 | 　　　　　円 | 距離 | 　　　　　km | 利用交通機関 |  |
| 振込希望の銀行又は郵便局名 | 普通当座　　　　　　　銀行　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便局口座名義（カタカナ） |

|  |  |
| --- | --- |
| 委　任　欄 | 私は、日本郵船（株）を代理人と定め、次の権限を委任する。上記により請求する移送費の受領に関すること。　　　　年　　月　　日　　　　　　　被保険者の住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人の住所　東京都千代田区丸の内２－３－２　　　　　　　　　　　氏名　日本郵船（株）　　　　　　　　　　　　 |

年　　月　　日作成　社会保険労務士（東京都社会保険労務士会）

提出代行者・事務代行者　 森　 圭　志 TEL 03-6759-8830

受付日付印