レゾナック健康保険組合　常務理事 殿

□被　保　険　者
□被　扶　養　者

移送費支給申請書

申請年月日	令和　　年　　月　　日			事業所(会社)の名称	
被保険者等記号・番号	記号	番号		被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
連絡先住所・電話番号	(〒　　－　　) (TEL：　　)				
対象者氏名		生年月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日 □令和	被保険者との続柄	
傷病名			発病または負傷の年月日	令和　　年　　月　　日	
発病または負傷の原因			傷病が第三者の行為に因るものであるか否か	□　有　・　□　無 ※有の場合、「第三者の行為による傷病届」を併せてご提出ください。	
移送経路、移送方法、移送期間および費用の請求	移送経路	(ﾌﾘｶﾞﾅ) から		(ﾌﾘｶﾞﾅ) まで	
	距離	Km		利用交通機関	
	移送後	□入院　□入院外		移送先	
	移送期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間			
	移送回数	回		移送に要した費用の額	円
移送を必要とする理由	(症状、その他具体的に記入してください。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。)				
付添人の有無	□有 ➡　付添人氏名　　付添人住所 □無				
委任状	給付金の振込について　：　健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与に含めて振込まれます。 給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。				
	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名				

K008

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください
　二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印