

|           |             |   |       |          |   |
|-----------|-------------|---|-------|----------|---|
| 支 給 決 議 書 |             |   | 支 給 額 |          | 円 |
| 常務理事      | 事務長         | 係 | 支給内訳  | 移 送 費    |   |
|           |             |   | 移送期日  | 令和 年 月 日 |   |
|           |             |   | 移送区間  | から<br>まで |   |
| 資格取得      | 昭・平・令 年 月 日 |   |       |          |   |
| 資格喪失      | 令和 年 月 日    |   | 備 考   |          |   |

上記は記入しないでください。

☐ 被保険者

移送費支給申請書

☒ 被扶養者

令和 X年 X月 X日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。  
訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください  
（従来通りの訂正印も可）

\* 被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書(R7.12.1 までは健康保険証)、④事業所の健康保険担当部門(人事・総務／担当者)のいずれかでご確認ください。

日本無線健康保険組合 御中

|                                                          |                                                                                            |                                        |                          |   |                 |       |             |      |   |   |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|---|-----------------|-------|-------------|------|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | * 被 保 険 者 等                                                                                | 記 号                                    | 1010                     |   | 被 保 険 者 の       | 健保 太郎 |             |      |   |   |
|                                                          | 記 号 ・ 番 号                                                                                  | 番 号                                    | 99999                    |   | 氏 名             |       |             |      |   |   |
|                                                          | 委 任 状                                                                                      | 私は、事業主を代理人と定め、請求した移送費の受領に関し、事業主に委任します。 |                          |   |                 |       |             |      |   |   |
|                                                          | 被 保 険 者 の 住 所                                                                              | 〒                                      | 0                        | 0 | 0               | —     | 0           | 0    | 0 | 0 |
|                                                          |                                                                                            | 〇〇県 〇〇市 〇〇町 1-2-3                      |                          |   |                 |       |             |      |   |   |
|                                                          | 会社名および所属                                                                                   | 日本無線株式会社                               |                          |   |                 | 〇〇 部  |             | 〇〇 課 |   |   |
|                                                          | 被 扶 養 者 が 移 送<br>を 受 け た と き                                                               | 被 扶 養 者 氏 名                            |                          |   | 生 年 月 日         |       |             | 続 柄  |   |   |
|                                                          |                                                                                            | 健保 一郎                                  |                          |   | 昭・平・令 XX年 X月 X日 |       |             | 父    |   |   |
|                                                          | 傷 病 名                                                                                      | 脳梗塞                                    |                          |   | 発病または負傷日        |       | 令和 X年 X月 X日 |      |   |   |
|                                                          | 診 療 薬 剤 の 支 給<br>ま た は 手 当 を<br>受 け た 病 院<br>ま た は 診 療 所 の<br>名 称 ・ 医 師 の<br>氏 名 お よ び 住 所 | 所 在 地                                  | 〇〇県 〇〇市 〇〇町 123          |   |                 |       |             |      |   |   |
|                                                          |                                                                                            | 名 称                                    | 〇〇島診療所                   |   |                 |       |             |      |   |   |
|                                                          |                                                                                            | 医師の氏名                                  | 医師 太郎                    |   |                 |       |             |      |   |   |
|                                                          | 移 送 を 受 け た 区<br>間、年月日およ<br>び 費 用 の 額 等                                                    | 移送年月日                                  | 令和 X年 X月 X日 移送           |   |                 |       |             |      |   |   |
|                                                          |                                                                                            | 区 間                                    | 船 〇〇島診療所 から 經由 〇〇県立病院 まで |   |                 |       |             |      |   |   |
|                                                          |                                                                                            | 移送の費用                                  | 250,000円                 |   |                 |       |             |      |   |   |
| 備 考                                                      |                                                                                            |                                        |                          |   |                 |       |             |      |   |   |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |        |                                                                                                                |      |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ①給付金振込先の確認 | 給付金の受取方法についての確認（任意継続被保険者、退職後の継続給付対象者のみ）<br><br>■1.在職中（給付金の受領を事業主へ委任します）<br><br>□2.任意継続被保険者として、日無健保に加入中<br><br>□3.令和    年    月    日退職（退職後の継続給付対象者）                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ②任意継続被保険者・退職後の継続給付対象者の口座                                                          | コード番号  | (金融機関コード)                                                                                                      |      | (店番コード)                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   | 金融機関名称 | 銀行    金庫<br>信組<br>その他 (        )                                                                               |      | 本店    支店<br>出張所                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   | 預金種別   | 普通                                                                                                             | 口座番号 | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (右づめ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |        |                                                                                                                |      |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人      | ▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。）<br>◆被保険者名義の口座に限る<br><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                                                                   |        |                                                                                                                |      |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |        |                                                                                                                |      |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |        |                                                                                                                |      |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 上記で「2」・「3」に該当する方は②をご記入ください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 公金受取口座 | ※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。（上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします）<br>□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 |      |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【事業主確認欄】（確認後に、□に✓をしてください）

☒ 本請求書（届出書）の提出に当たり、被保険者及び関係者が正しく記載し、記載内容に誤りがないことを確認しました。また、誤りがある場合は、正しく訂正されていることを確認しました。