資格	取得	年　月　日	支給額	円	支給支払決議書		
	喪失	年　月　日			常務理事	事務長	係
支給期間		年　月　日					
		年　月　日					
支給回数		回	支給日	年　月　日			

被保険者 家族 移送費支給申請書

被保険者情報			
被保険者証の記号・番号	記号	番号	生年月日 S・H・R　年　月　日
被保険者氏名・印	（フリガナ）	㊞	
所属事業所名			

申請内容					
受診者	□ 被保険者（本人）　□ 被扶養者（家族）				
家族の場合はその方の	氏名		生年月日	S・H・R　年　月　日	
傷病名		発病又は負傷年月日	年　月　日		
発病又は負傷の原因		第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ		
移送区間	から	まで	移送後の区分	入院 ・ 外来	
移送を受けた期間	年　月　日から　年　月　日まで		移送回数	回	
利用交通機関		距離	km	移送に要した費用の額	円
委任状	私は本請求に基づく給付金に関する受領を、代理人　に委任します。 年　月　日　被保険者の氏名　印				

資格喪失後の場合記入					
金融機関名	金融機関コード	店番コード	口座種別	□ 普通 □ 当座 □ その他（　）	
口座番号		口座名義（カタカナで記入）			

東ソー関連健康保険組合 R1.5.1

＜添付書類＞
1．移送費承認申請書
2．領収書の原紙

出納日付印	受付日付印

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）

備考欄	