

被保険者
被扶養者 移送費支給申請書

受付日付印

(一方を○で囲んで下さい。)

みずほ健康保険組合 御中

※太枠内について全てご記入下さい。

提出日 令和 年 月 日

被保険者等の記号・番号		被保険者氏名				
記号	番号					
自宅住所	〒 連絡先(昼間)の電話番号 ()					
事業所名称			所属部室店名			
移送を必要とした者	氏名			被保険者との続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (才)				
	傷病名			発病又は負傷年月日	平成 令和 年 月 日	
				発病又は負傷の原因		
	移送費用	円	移送年月日	令和 年 月 日		
移送方法			移送区間	～		

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
※被保険者等記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄

[添付書類] 領収書原本

みずほ健康保険組合 事務処理欄

伺・決定・支給日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	担当
支給額	¥				