

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。)

記入見本

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		みずほ 太郎		
記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇			
自宅住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1		連絡先(昼間)の電話番号	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇		
事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇		所属部室店名	〇〇〇支店		
移送を必要とした者	氏名	みずほ 太郎		被保険者との続柄	本人	
	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年 〇月 〇日 ( 〇〇才)				
	傷病名	腸閉塞	発病又は負傷年月日	平成令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
			発病又は負傷の原因	不明		
移送費用	12,345円		移送年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
移送方法	〇〇〇〇		移送区間	〇〇〇〇〇 ~ 〇〇〇〇〇		

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	¥				