

ご自身の記号番号は①～③のいずれかでご確認ください。①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)

合 決 定 伺	支 給 決 定	令 和	年	月	日
	円	常務理事	事務長	係	係

被 保 険 者
 家 族 移 送 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 等 記 号 番 号	3	1	1	-	1	2	3	4	5	事 業 所 の 名 称	〇〇株式会社	<input type="checkbox"/> 任意継続	
資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成・令和 30 年 4 月 1 日									資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日		
移 送 対 象 者 が	その方の氏名	健保 花子								生 年 月 日	昭和・平成・令和 3 年 8 月 13 日		
被 扶 養 者 であるとき	続 柄	妻								発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和 元 年 8 月 20 日		
傷 病 名	〇〇症								傷 病 の 原 因	<input checked="" type="checkbox"/> 不詳			
負傷原因の第三者行為「該当」「非該当」の別「該当」の場合 加害者の住所・氏名	負傷原因は第三者行為に <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 (「該当」の場合には加害者の住所・氏名を記載してください。)												
移送に要した費用	78,000 円								移 送 日	令和 元 年 8 月 20 日			
移送の方法	寝台自動車								移 送 の 経 路	〇〇県△△市□□□病院 から ××県▲▲市◎◎病院 迄			
付添い人の有無/「有」の場合その方の住所・氏名	付添い人は <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (「有」の場合には付添い人の住所・氏名を記載してください。)												
医 師 の 意 見	傷 病 名									移 送 年 月 日	令和 年 月 日		
	移送及び付き添いが必要と認められた理由	移送元の医療機関から「医師の意見」欄の証明を受けてください											
	移送の方法	から 迄											
	移送先医療機関の名称及び住所												
	上記のとおり相違ないことを証明します。 医療機関の名称・所在地 医師の氏名	令和 年 月 日											
被 保 険 者	上記の通り申請します。 三井物産健康保険組合 理事長 殿 令和元 年 10 月 1 日												
	被 保 険 者 の 住 所	〒 〇〇〇 - ×××× 東京都▲▲区●●町 1-2-3											
	氏 名 (フ リ ガ ナ)	健保 太郎 (ケンポ タロウ)											
	日中連絡の取れる電話番号	03 - 〇〇〇〇 - ××××											
委任状(退職後の任意継続の方以外は必ずご記入お願いいたします)	法定給付の受領を 在籍している事業所 に委任いたし 被 保 険 者 健保 太郎 ※上段にお勤めの事業所名(会社名)、下段に被保険者名をご記入ください。												
領 収 証 (原 本) 返 却 希 望	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無								医療費控除の適用を受ける場合は、領収証原本を返却いたしますので「有」に○印をお付けください。(必ず申請時にご指定ください。受理後の返却要請には応じられません。) なお、返却は国内住所宛または三井物産社内便のみとなりますので予めご了承ください。				

被保険者等記号 311～361 の方は給付金支給手続きのために被保険者による委任が必要です。必ず記入してください。空欄の場合は返戻となります。

- * 太枠内にご記入いただき、医師の証明を受けてください。
- * 「事業所の名称」欄には、お勤めの事業所名をご記入ください。任意継続の方は口に変更を入れてください。
- * 「委任状」欄には、お勤めの事業所名(出向中の方は出向元の事業所名)をご記入ください。任意継続の方は記入を要しません。
- * 傷病の原因がはっきりしないときには「不詳」にチェックを入れてください。