

【提出先】 花王健康保険組合 花王G :茅場町
花王G (KC社員) :大阪

常務理事	事務長	担当者

花王健康保険組合(本人・家族)移送費 支給申請書

※移送費は、移送がやむを得ない場合で、経済的かつ合理的な方法による移送である場合にのみ支給されます。
申請内容によっては、支給されないこともありますのでご了承ください。

被保険者	①氏名		②氏名コード		③被保険者証の記号－番号	
	シヤチハタ可 印					
	④事業場・支社支店		⑤所属		⑥勤務地	
	⑦電話番号	会社	-	-	自宅	-
	⑧氏名	⑨続柄		⑩生年月日		昭・平 年 月 日
	⑪傷病名		⑫発病または負傷年月日		平成 年 月 日	
	⑬発病時の状態または傷病の原因					
	⑭移送経路		所在地、医療機関名称等 から			
			所在地、医療機関名称等 まで			
	⑮移送方法		⑯移送年月日		平成 年 月 日	
⑰付き添い人		氏名	住所			
⑱費用の額		円		⑲傷病は第三者行為(交通事故もしくは暴行など加害者がいる場合)によるものですか? はい・いいえ ⇒「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」の提出が必要になります。健保にご連絡ください。健保よりお渡します。		
該当する方に記入	↓在職者の場合に記入(会社経由で、給与口座に振り込みます。)					
	⑳委任状		事業主を代理人として、健康保険組合より支給される移送費の受領を委任します。 被保険者 氏名 シヤチハタ可 印			
	↓任意継続、資格喪失後の場合に記入					
㉑振込希望		銀行	口座番号		1.普通	フリガナ
銀行名		支店	店番		2.当座	名義

医師が証明する欄	患者名	傷病名	移送年月日	平成 年 月 日
	移送経路		所在地、医療機関名等 から	
			所在地、医療機関名等 まで	
	移送を認めた理由			移送方法
上記のとおり相違ないことを証明する。			平成 年 月 日	
医療機関の所在地		印	電話番号 ()	
医療機関の名称				
医師の氏名				

【添付書類】 ①移送費用の「領収書」(原本)

【お願い】 ボールペンで記入してください。(鉛筆・消せるボールペンでの記入不可)
ご提出前に記入漏れ、捺印、添付書類、医師の証明の確認を再度お願いします。

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、事前に健保へご相談ください。

【問合せ先】 花王健康保険組合 花王G :茅場町 ☎03-3660-7681 内線8-1-7681
花王G (KC社員) :大阪 ☎06-6533-7599 内線8-2-7599

健保記入欄	支給額		円	受付番号	
				支給日	
				年 月 日	
	被保険者	取得日	年 月 日	被扶養者	認定日
	喪失日	年 月 日		削除日	年 月 日

健保受付印