

【メール提出不可】

健康保険

被保険者
家族

移送費支給申請書

| | | | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------|-----------|----------------|----------|----------|
| 被保険者（社員） 記入欄 | 被保険者証の 記号と番号 | — | | 被保険者の氏名 | | |
| | 事業所の 名称 | | | 所属 (オフィス) | | |
| | 家族に関する請求の 場合はその者の (移送を受けた人) | 氏名 | 続柄 () | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 傷病名 | | | 発病又は負傷 の年月日 | 年 月 日 | |
| | 発病又は 負傷の原因 | | | 第三者行為 によるもの | はい ・ いいえ | |
| | ※「はい」の場合は、事前に健保にご連絡下さい。 | | | | | |
| | 診療を受けた 医療機関等 | 名称 及び 医師名 | 医師名 () | | | |
| | | 住所 及び 電話番号 | 〒 | | | |
| | 移送を受けた区 間、移送期間及び 費用の請求 | 区間 | から | まで | 利用交通機関 | |
| | | 自 | 年 月 日 | 回数 | 距離 | 移送に要した費用 |
| | 至 | 年 月 日 | 回 | km | 円 | |
| 移送先 | | | | 入院 又は 外来 | 入院 ・ 外来 | |
| 本件給付金を上記のとおり申請します。 年 月 日 | | | | | | |
| 在職被保険者の場合は、本件給付の受領方を事業主に委任します。(※1) | | | | | | |
| 〒 | | | | | | |
| 被保険者の住所 | | | | | | |
| 被保険者の氏名 | | | | | | |
| A I G健康保険組合理事長 殿 | | | | | | |
| (※1) 給付金は、毎月15日健保受付締め切り、翌月給与に振込みいたします。(任意継続者は、翌月20日登録口座へ振込) | | | | | | |

* この申請書に必要な事項をご記入の上、下記書類を添えて提出して下さい。(裏紙での申請不可)

添
付
書
類

- ① 領収書（原本）…移送業者等へ支払ったもの
- ② 当組合の承認書（※2）
（※2）緊急の場合等により事前に承認が得られなかった場合は、下記2点添付
- ③ 移送承認申請書・移送届
- ④ 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

受 付 印

提出先

(社) ヒューマン・リソース・パートナーズへ提出して下さい。
住所：〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階
社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当 宛て
任意継続者の方は直接、AIG健康保険組合に送付して下さい。