

【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	被保険者等 記号・番号	—		被保険者の氏名		
	Global ID					
	事業所の名称			生年月日		
	家族(被扶養者)に 関する請求の場合 家族の氏名	続柄()		家族(被扶養者)に 関する請求の場合 家族の生年月日	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	
	移送期間(支給期間)	回数	距離	移送に要した費用		
	自	年 月 日				
	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

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。

受
付
印