

【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	99 - 99999	被保険者の氏名	健保 太郎		
	事業所の 名称	○△◇株式会社		所属 (オフィス)	○×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	脳梗塞		発病又は負傷 の年月日	令和 4 年 3 月 8 日	
	発病又は 負傷の原因	不詳		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	○○病院 医師名 (早○ 治男)			
		住所 及び 電話番号	〒99-9999 埼玉県○○市○○3-4-5			
	移送を受けた 区間、移送期間及び 費用の請求	区間	埼玉県○○市○○	東京都○○区○○	利用交通機関	民間輸送車
			から	まで		
		移送期間 (支給期間)	回数	距離	移送に要した費用	
	自	令和 4 年 3 月 10 日	1	30	10,000 円	
	至	令和 4 年 3 月 10 日	回	km		
移送先	○×大学附属△△病院			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。 令和 4 年 4 月 15 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)						
〒999-0000						
被保険者の住所 東京都○○区○○町2-2-2						
被保険者の氏名 健保 太郎						
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。