

【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	99	—	99999	被保険者の氏名	健保 太郎			
	Global ID	1234567							
	事業所の名称	〇△◇株式会社			生年月日	〇〇年 〇月 〇日			
	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	脳梗塞			発病又は負傷の 年月日	〇〇年 〇月 〇日			
	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	〇〇病院			医師名（	早〇 治男		）
		住所及 び電話 番号	〒99-9999 埼玉県〇〇市〇〇3-4-5						
	移送を受けた区 間、移送期間及び 費用の請求	区 間	埼玉県〇〇市〇〇	から	東京都〇〇区〇〇	まで	利用交通機関 民間輸送車		
移送期間（支給期間）		回数	距離	移送に要した費用					
自		〇〇年 〇月 〇日	1	30	10,000 円				
至		〇〇年 〇月 〇日	回	km					
移送先	〇×大学付属△△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。 〇〇年 〇月 〇日 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 東京都〇〇区〇〇町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