

提出ルート:被保険者→事業主→健保
(任意継続被保険者は直接 健保へ)

同年月日 年 月 日				支払年月日 年 月 日				支給金額							
常務理事	事務長	担当	担当	移送承認 同	移 送 日	年	月							日	から
					移 送 区 間					まで			回		
					移 送 回 数					まで			回		
支給額															

被 保 険 者 移 送 費 承 認 申 請 書
家 族 支 給

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 の 記 号 番 号					被 保 険 者 の 所 属 ・ 氏 名					部 課 / 主 査	
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒								電 話		
	事 業 所 の 名 称											
	傷 病 者 (本人・被扶養者)	<small>(被扶養者の場合)</small> 氏 名				生 年 月 日	昭 平 令 年 月 日	続 柄				
	傷 病 名					発 病 また は 負 傷 の 年 月 日	令 和 年 月 日					
	発 病 また は 負 傷 の 原 因											
	移 送 を 必 要 と す る	理 由					区 間	から	経 由	まで	回 数	回
	移 送 を する 前 に 提 出 でき な かつ た 時 は その 理 由					移 送 費					円 <small>(別紙領収書のとおり)</small>	

医 師 が 記 入 す る と こ ろ	傷 病 名					療 養 の 給 付 を 開 始 し た 年 月 日	令 和 年 月 日
	必 要 と 認 め た 移 送 の 区 間 ・ 回 数	区 間	から	経 由	まで	回 数	回
	移 送 を 必 要 と 認 め た 理 由 <small>[症状などを入れて詳しく]</small>						
	上 記 の と お り 相 違 い を 証 明 し ます。 令 和 年 月 日 <small>(医療機関住所・名称はゴム印を使用してください)</small> 住 所 医 療 機 関 名 称 医 師 署 名 (自 筆)						

受 取 代 理	請 求 者	本 請 求 に 基 づ く 給 付 金 の 受 領 を 代 理 人 に 委 任 し ます。 令 和 年 月 日 被 保 険 者 (請 求 者) 署 名 (自 筆)				
	受 取 代 理 人	代 理 人 の 住 所	(〒 -) (ゴム印使用)			
	代 理 人 の 氏 名					

※(株)SUBARU期間従業員等、代理受取の対象とならない方は下記へご記入ください。

振 込 口 座	金 融 機 関 <small>(ゆうちょ銀行・ネット銀行は不可)</small>	銀 行 名	銀 行 ・ 信 金 信 組				店 ・ 本 店 支 店 ・ 出 張 所
	預 金 種 別 1:普通 2:当座	銀 行 番 号	店 番 号				
	口 座 番 号					(フリガナ) 口 座 名 義	

任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座欄の記入は不要です。