

同 年 月 日	年	月	日
支給決議書	支払額		

決		議		書	
理事長	常務理事	事務長	担当者		
資格取得		年 月 日			
資格喪失		年 月 日			

健康保険 被保険者 被扶養者

移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号番号	記 号		番 号		被保険者 氏 名			
	事業所名		黒崎播磨株式会社						
	申請が 被扶養者 のとき	氏 名		生年月日	年	月	日	被保険者 との続柄	
	傷 病 名			発病・負傷 の 年 月 日	年 月 日				
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因					移 送 年 月 日	年 月 日		
	移 送 方 法 区間及び回数								
	上 記 の 通 り 請 求 し ま す 。 年 月 日 〒 請求者 住 所 氏 名 Tel () 黒崎播磨健康保険組合 理事長 殿								

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。	
	被保険者氏名	
	代理人 所在地	代理人 福岡県北九州市八幡西区東浜町 1 番 1 号
	名 称	黒崎播磨株式会社
	氏 名	代表取締役社長 江川 和宏
※受取方法：給与振込(給与振込の場合、事業主が代理人となります)		