

被保険者 家族 移送費請求書

被保険者・被扶養者記入欄	被保険者等	記号	番号	被保険者氏名				
	事業所名 所属	(所属)				生年 月日	(和暦) 年 月 日	
	被保険者 居所住所	〒 —				TEL		
	傷病名	外傷の場合は「傷病原因届」を添付			移送 年月日	(和暦) 年 月 日		
	発病または 負傷の原因	第三者行為により受傷した場合は、「第三者による傷病届」を添付してください。						
	移送の方法 区間・回数 (具体的に)						移送に要した費用	
							円	
	被扶養者の申請 をする場合	氏名			生年 月日	(和暦) 年 月 日		続柄
	備考欄	被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) ※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。						

◎この請求書は事前に移送承認申請書により、健保組合に承認を受けた後、領収書を添付し提出してください。
また、領収証に移送内容が記載されていない場合は、詳細が記載されてる診療明細書も添付してください。

委任欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します。
	(和暦) 年 月 日
	被保険者氏名 _____

受付日付印

※退職された方のみご記入ください。（被保険者本人名義に限ります。）

※ 退職者記入欄	銀行コード		支店コード		口座番号				
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店		種別		<input type="checkbox"/> 普通		
	<input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組		<input type="checkbox"/> 支店				<input type="checkbox"/> 当座		
フリガナ _____									
名義人 _____									