

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	1	番号	1 2 3 4 5	被保険者氏名	健 保 太 郎				
	事業所名 所属	(所属) 株式会社 I H I 総務部 総務課				生年 月日	(和暦) × × 〇〇 年 8 月 8 日				
	被保険者 居所住所	〒 9 8 7 - 6 5 4 3				TEL	0 3 - 9 9 9 9 - 9 9 9 9				
	傷病名	外傷の場合は「傷病原因届」を添付 内臓破裂				移送 年月日	(和暦) × × 〇〇 年 5 月 1 0 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。 ラグビーの試合中にタックルを受けたとき。									
	移送の方法 区間・回数 (具体的に)	片道1回、東京都墨田区から東京都江東区へ移送した。						移送に要した費用			
								85,000 円			
	被扶養者の申請 をする場合	氏名	健 保 三 郎			生年 月日	(和暦) × × 〇〇 年 4 月 4 日			続柄	三男
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) × × 〇〇 年 5 月 2 5 日									
	被保険者氏名 健 保 太 郎									

在職者のみ記入
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	1	2	3	4	支店コード	5	6	7	口座番号	8	9	0	1	2	3	4
	あじさい		<input checked="" type="checkbox"/>	銀行	<input type="checkbox"/>	農協	豊洲		<input type="checkbox"/>	本店	種別	<input type="checkbox"/>	普通		<input type="checkbox"/>	当座	
			<input type="checkbox"/>	信金	<input type="checkbox"/>	信組			<input checked="" type="checkbox"/>	支店		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
フリガナ										ケンポ タロウ							
名義人										健 保 太 郎							

退職者のみ記入