

健康保険 被保険者 家族 移送費請求書

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

請求日 年 月 日 ※被保険者氏名、委任状欄は入力できません。手書きでお願いします。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号 - 番号 -	被保険者 氏名	(フリガナ)		
	事業所	所 属		(内線・外線 )		
	対象者 氏名	(フリガナ)	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄
	傷病名	発病または 負傷した日		年 月 日 (頃)		
	傷病または 負傷の原因	第三者行為による負傷で		ある ・ ない		
	移送の年月日	年 月 日	移送に要した費用	円		
委 任 状	工機ホールディングス健康保険組合 理事長 殿 本請求に基づく給付金の受領を 殿に委任します。 年 月 日					
※任意継続 者、退職者は 記入不要です	被保険者		住所	氏名		

医 師 意 見 欄	傷病名	移送年月日	年 月 日
	移送を必要とする 理 由		
	移送方法・区間 および回数	移送に要した費用	円
	上記のとおり移送の必要を認めます。 年 月 日 住所 医師 名称 氏名		

添付書類	<input type="checkbox"/> 移送費用の領収証の原本
------	--------------------------------------

【任意継続者・退職者（資格喪失者）記入欄】

振 込 先	銀行 信金 信組 労金 農協	店 支店 出張所	口座番号 フリガナ 口座名義	預金種別	普通 ・ 当座
	電話番号				

健 保 記 入 欄	資格取得日	支給額	円	内訳	移送費	円
	資格喪失日		円		家族移送費	円
	備考				出納印	受付印