

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 令和元年 5 月 31 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号 1	番号 12345	被保険者 氏名	(刀ガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎
	事業所	〇〇〇〇株式会社		所属	人事総務部 (内線・外線 711-3741)
	対象者 氏名	(刀ガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年 月日	昭和 平成 50 年 5 月 10 日 令和	続柄 本人
	傷病名	急性骨髄性白血病		発病または 負傷した日	令和元年 5 月 1 日 (頃)
	傷病または 負傷の原因	不詳		第三者行為による負傷で	ある ・ ない
	移送の年月日	令和元年 5 月 7 日		移送に要した費用	70,000 円
	委任状 ※任意継続 者、退職者は 記入不要です	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。 令和元年 5 月 31 日 住所 (自宅住所) 被保険者 氏名 健保 太郎			

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	円	
	移送方法・区間 および回数	移送に要した費用	円
	医師にご記入頂いて下さい。 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

 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 刀ガナ 口座名義 電話番号	預金種別	普通 ・ 当座

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					家族移送費	円
	備考					出 納 印	受 付 印