

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	被保険者等 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  ※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。 年 月 日 住所 被保険者 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	預金種別		普通 ・ 当座
	フリガナ					
	口座名義					
	電話番号					

健 保 記 入 欄	資格取得日		支給額		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