

支給決定伺

支給決定額 円

健康保険組合				事業主(本社総務)		
常務理事	事務長	主任	担当			

資格取得(認定)日	昭和・平成・令和	年	月	日
資格喪失(消滅)日	昭和・平成・令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費請求書

*太枠線内を記入してください

提出日	令和 年 月 日	本人家族区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者				
被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の	被保険者の氏名					
	被保険者の勤務する事業所の名称	所 属					
	請求が被扶養者に関するときはその者の氏名	被扶養者の生年月日	S H	年	月	日	続柄
	傷病名	発病又は傷病の年月日	H R	年	月	日	TEL
	第三者行為に因る傷病ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合は、「 <u>第三者行為による傷病届</u> 」をご提出ください。						
移送の交通手段および回数	回 (区間・交通手段)						
移送の年月日	令和 年 月 日	移送に要した費用の額	円				
委任状	上記請求金額の受領を経理部長に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名						

医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見 欄	傷病名	移送年月日	令和 年 月 日	
	移送を必要とする理由			
	移送の交通手段 区間および回数	回 (区間・交通手段)		
	上記のとおり移送の必要を認めます。	令和 年 月 日	費用の見積額または実費	円
	所在地	医療機関の名称	医師名	
		印	TEL ()	

受付日付印