

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	被保険者等 記号・番号		被保険者の氏名			
	被保険者の勤務 する事業所の名称		所 属		TEL	
	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	
	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					
	氏名を自署されても捺印は必要です。					
						

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。			費用の見積額 または実費	円
	所在地	令和 年 月 日			
	医療機関の名称				
	医師名		TEL	()	

受付日付印