

| | | | | |
|------|------|------|-----|-----|
| 支給決議 | 支給金額 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | 円 | | | |

被保険者 移送費請求書

家族

平成 年 月 日

| | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|-------------------|--------|-----------|----------------------------|---|----|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の 記号・番号 | 記号 | 0 0 0 1 | 番号 | 1 2 3 4 5 | 生年月日 | 大正 昭和 39年9月30日 | |
| | 住所 | 〒 - 県 市 町 1 - 1 Tel. - - | | | | 事業所 所属 | 三菱UFJニコス株式会社 部 グループ チーム 内線 2 - 1 2 3 4 Tel. | |
| | フリ 氏 ガ 名 | ケンボ ダイキチ 健保 大吉 | | | | | | |
| | 申請が被扶養者に 関する時その者の | フリ 氏 ガ 名 | ケンボ ハナコ 健保 花子 | | 生年 月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 9 月 9 日 | 続 柄 | 妻 |
| | 傷 病 名 | 腸閉塞 | | | | 発病 または 負傷年月日 | 平成 年 月 日 | |
| | 発病または 負傷の原因 | 不詳 | | | | | | |
| | 診療等手当を 受けた 医療機関 | 所在地 〒 | - | | 名称 | 胃腸クリニック 医師名 Tel. - - | | |
| | 移送後の 医療機関 | 所在地 〒 | - | | 名称 | 病院 医師名 Tel. - - | | |
| | 移送を 受けた | 期 日 | 月 日 ~ 月 日 | | | | 回 数 | 回 |
| | | 区 間 | 市 町 ~ 市 町 | | | | 距 離 | Km |
| 費 用 | | 円 | | 利用交通機関 | タクシー | | | |
| 振 込 先 (任意継続被保険者のみ記入) 旧郵便局口座不可、 ゆうちょ銀行口座取扱可 | 銀行 | | 口座番号 | | | | | |
| | 支店 | | フリ 名 ガ 義 | | | | | |
| 委 任 状 (受領を委任する場合のみ 記入) | 本請求に基づく給付金の受領を 氏名 に委任します。 被保険者氏名 | | | | | | | |
| 注) 領収証および明細書を添付下さい。 | | | | | | [受付日付印] | | |