

健康保険 被保険者 移送費請求書
被扶養者

平成 年 月 日提出

被保険者（請求者）の記入欄	被保険者証の記号番号		事業所の名称				
	—		所 属		TEL		
	被保険者の氏名	⑩		住所			
				電話			
	傷病名			傷病の経過			
	病院または診療所に収容された場合はその期間			自 平成 年 月 日から	日間		
				至 平成 年 月 日まで			
	病院または診療所の名称および所在地			-----			
移送の方法 区間及び回数			移送に要した 費用	円			
移送が被扶養者に関するものであるときはその者の氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日		
			請求者との続柄				
受領委任の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 （任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です） 平成 年 月 日 被保険者氏名 ⑩						

武田薬品健康保険組合

*移送費承認申請書を提出後、領収書(原本)を添付し、請求してください。