

いずれか該当する方の文字を
で囲んでください。

記入例

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費請求書

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	○○薬品工業株式会社			
	123-4567	所 属	△△部○○課	TEL	999-9999	
	被保険者 の氏名	健保 太郎	住所	〒000-0000 ○○市△△区××町1-1-1		
				電話	999-9999-9999	
	傷病名	胃潰瘍、腹部静脈瘤	傷病の経過	手術後、経過良好		
	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	7 日間		
	病院または診療所の名称および所在地		○○病院	〒999-9999 ○○市△△区××町1-1		
	移送の方法 区間及び回数	○○市△△区～○○市△△町 までタクシーで移送、移送回数 1回		移送に要した 費用	4,500 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	健保 花子	生年月日	昭和 平成	○○年 ○月 ○日	
			請求者との続柄	妻		
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 健保 太郎					

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。