

被保険者
家族

移送費請求書

被 保 者 記 入 欄	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を(事業者名) <u>〇〇〇〇〇〇〇(株)</u> に委任します。					
	健康保険 記号-番号	00-123456	氏名	健保 太郎		
	被保険者住所	〒000-0000 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL(000) 000-0000 (ポストNo. A000)				
	所属	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL(000) 000-0000 (内線 00000)				
	移送を受けた方の 氏名	健保 花子 00年 00月 00日生			続柄	妻
	傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	発病又は負傷 年月日	平成 令和	00年 00月 00日	
	発病又は負傷の 原因(具体的に)	(どこで) (どうした)・・・具体的に 第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)				
	疾病又は負傷の 経過	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
	診療を受けた 医療機関	名称	〇〇〇〇〇〇〇	医師名	〇〇〇〇〇	
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇-〇			
	移送年月日	令和 00年 00月 00日	移送費	00,000 円		
	移送の方法及び 区間	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				

【注意事項】

- 移送を要する場合は、必ず事前に「移送承認申請書」を提出し承認書を受領した後、実際に移送を済ませてから、この請求書を提出してください。
- この請求書には、移送に要した費用の領収書(原本)・明細書を添付してください。

【問合わせ先】

マツダ健康保険組合
〒734-0064 広島市南区小磯町1番1号
Tel 外線:(082)287-4644 内線:52150

- 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー(個人番号)により申請することも可能です。その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--

支給決定欄	移送承認日	R 年 月 日	常務理事	事務長	係
	支給決定額	円			

受付印