

被保険者
家 族

移送費請求書

被 保 険 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、マツダ株式会社に委任します。			
	被保険者証 記号-番号	1- 123456	氏名	健保 太郎
	被保険者住所	〒 000-0000 ○○○○○○○○○○○○ TEL (000) 000 - 0000 (ポストNo. A000)		
	所属	○○○○○○○○○○○ TEL (000) 000 - 0000 (内線 00000)		
	移送を受けた方の 氏名	健保 花子	○	続柄 妻
		00年 00月 00 日生		
	傷病名	○○○○○○○○○○○	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	○○○○○○○○○○○○○		
	診療を受けた 医療機関	名称	○○○○○○○	医師名
	所在地	○○市○○町○○○-○		
移送年月日	平成 令和 00年 00月 00日	移送費	00,000 円	
移送の方法及び 区間	○○○○○○○○○○○○○			

【注意事項】

- 1.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。
- 2.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:22864

- 被保険者証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	H・R 年 月 日	常務理事	事務長	係
	支給決定額	円			

受付印