

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。				
	健康保険 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	
	傷 病 名	○○○○○○○○○○○	発病又は負傷 年月日	平成 令和 ○○年 ○○月 ○○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	令和 ○○年 ○○月 ○○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理した後、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:52150

- 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	R 年 月 日	常務理事	事務長	係
	支給決定額	円			

受付印