

- 被保険者(本人)
- 被扶養者(家族)

移送費請求書

受付印

ジェイテクト健康保険組合 理事長殿

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	—		被保険者氏名				
	事業所 名称			所属 (工場・支社)	(部署名)			
	移送を受けた 者の氏名			続柄	移送を受けた者 の生年月日	昭・平・令	年 月 日	
	傷病名			発病または 負傷の年月日	平・令	年 月 日		
	傷病の原因							
	移送経路 (住所)	自					移送方法	<input type="checkbox"/> 貸切寝台車 <input type="checkbox"/> 病院付属専用車 <input type="checkbox"/> その他()
	移送年月日	平・令	年 月 日	移送に要した費用 (領収書の原本を添付)				円
	付添人について	氏名		住所				
	第三者行為に よる傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	→「はい」の場合は、 【第三者行為に関する書式】一式を提出					
	上記のとおり請求します。 ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。 令和 年 月 日 住所 〒 — 被保険者氏名(請求者氏名) ㊟ 電話番号 ()	資格喪失(予定)記入欄		◆ 資格喪失後の請求の場合は 被保険者(請求者)に 送金するため、被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を 必ずご記入ください。 ※【被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合】 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は 不要)				
(金融機関コード)				(店番コード)				
(フリガナ)				(フリガナ)				
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所				
普通	口座番号(7桁)		フリガナ					
			名義					
※請求者名義の口座に限る								

移 送 元 の 医 師 記 入 欄	移送経路 (医療機関名・ 住所)	自					移送方法	<input type="checkbox"/> 貸切寝台車 <input type="checkbox"/> 病院付属専用車 <input type="checkbox"/> その他()
	移送を必要と認 めた理由(緊急 性の有無、移送方 法、移送先選択の 医学的理由)	至					移送年月日	平・令 年 月 日
	医師・看護師の 付き添えを必要 と認めた理由					住所(所在地)	令和 年 月 日	
		医療機関名		医師名		㊟		
		電話番号		()				

事 業 主 記 入 欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受取ります。						
	令和 年 月 日	事業所所在地					
		事業所名称					
	事業主氏名 ㊟						