

事業所担当者() <経由> → 健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)

被保険者
 家族
移送費請求書

被保険者(請求者)記入欄	①被保険者証の記号・番号	記号	②被保険者の氏名					
		番号						
	③事業所の名称							
	④移送を受けた者の氏名		⑤移送を受けた者の生年月日	S H	年	月	日	⑥被保険者との続柄
	⑦傷病名		⑧発病または負傷の年月日		年	月	日	
	⑨発病または負傷の原因							
	⑩第三者行為による傷病ですか	はい いいえ						
	⑪移送の経路・方法				⑫移送に要した費用	円		
	⑬付添人の氏名・住所	氏名		住所				
⑭振込先(請求者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)			
			普通当座					

上記のとおり請求します。

年 月 日

請求者の住所 干

氏名

印

電話番号

()

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

医師記入欄	移送を必要と認めた理由(詳しく)						
	付添を認める理由						
	移送年月日		年	月	日		
	移送の経路	自					
		至					
	移送方法						
上記のとおり相違ないことを証明します。							
年 月 日							
医師 住所							
氏名							
印							
電話番号 ()							

※移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付して下さい。