

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号		事業所の名称 (会社名)		
	移送を受けた者の 氏名		生年月日	明 大 昭 平	年 月 日 (歳)
	傷病名		発病又は負傷 の年月日	年 月 日	
	発病又は 負傷の原因				
	移送の経路 及び方法		移送に要し た費用	円	
	付添人の氏名 及び住所		氏名	住所	
	第三者の行為によ るときはその事実				
	第三者の氏名 及び住所		氏名	住所	
上記のとおり申請します。平成 年 月 日					
住所 〒 被保険者の 氏名 (印) 日中連絡が取れる電話番号 ()					
リクルート健康保険組合理事長 殿					

医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見	移送を必要と認めた理由				
	付添を必要と認めた理由				
	入院した病院又は 診療所の名称				
	入院した期間		年 月 日から	日間	
			年 月 日まで		
	移送の経路及び方法				
上記のとおり相違ありません。平成 年 月 日					
住所 〒 医師又は歯科医師の 氏名 (印)					

振 込 先	銀行名		支店名		支店コード
	銀行		店		
受 取 人	預金種目		口座番号		
	1.普通 2.当座		口座名義(カナ)		

※振込先は、ゆうちょ銀行
以外の金融機関をご記入
ください。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。平成 年 月 日				
	住所 〒 被保険者の 氏名 (印)				
	住所 代理人の 氏名 (印) (委任者と代理人の関係)				

受付日付印

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

- (注) (1)この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。
 (2)上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。