

日本製鋼所健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者
 被 扶 養 者

移送費請求書

年 月 日

所 属	TEL ()	(保険証)記号・番号	氏 名
移送を受けた者の氏名	(続柄)	傷 病 名	
移送年月日	年 月 日	発病または負傷年月日	年 月 日
移送の区間			
移送の方法		移送に要した費用	円
医師の意見	移送を必要とした理由		
	住 所		印
	氏 名		
健保記入	移送に要した額	自己負担額	算 出 額
給付額の算出	円	円	円
給付決定額			
円			

給与振込依頼欄	<p>上記給付決定額の受領に関する権限を 事業所 に委任します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p>
---------	---

銀行振込依頼欄	<p>上記給付決定額を振込依頼致します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p>		
銀行名	銀行	預金種別	普通 ・ 当座
本支店名	店	口座名義 (カナ)	
口座番号			

- 1 移送に要した費用の実績領収証書を添付してください。
 - 2 任意継続の方 及び 退職された方は銀行振込依頼書欄にご記入下さい。
- ※ 本書に記載されている情報は、この請求のためのみに使用し、他目的へは使用しません。
 また、健保への送付時、本情報が他人の目に触れないようご注意ください。