

(被保險者→健康保險組合)

[illegible]

決 定	令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者		

被保險者
被扶養者

移 送 費 請 求 書

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

(被保險者)

住所

氏 名

下記のとおり 申請します

被保険者証の 記号と番号	記号 番号		事業所の 名称				
資格取得	昭和 平成 令和 年 月 日		資格喪失		令和 年 月 日		
申請が被扶養者 のとき	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄		
傷病名			発病または 負傷年月日	令和 年 月 日			
傷病の原因							
移送 年月日	令和 年 月 日		移送に要した 費用	円			
移送の方法区間 及び回数	移送 方法		区間	から	經由 まで	回数	
備考							

委任状	表記請求金額の受領を_____に委任します
	年 月 日 被保険者氏名

※領収書添付

受付日付印