

資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令 年 月 日	支給決議書			
被保険者・家族(被扶養者)	対象被扶養者認定日	昭・平・令 年 月 日	常務理事	事務長		扱者	
移送年月日	令 年 月 日						
健保承認	令 年 月 日	No.					
移送経路	から まで						
移送に要した費用	円						
支給決定額	円	支給決定日	令 年 月 日	健保受付印			

## 健康保険 被保険者 家族 移送費請求書

対象者の種別 (該当に○)	被保険者	被扶養者	事前に健康保険組合の承認が必要です
------------------	------	------	-------------------

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号	番号	勤務事業所			
	住所	〒 - -		TEL	- -	
	請求が被扶養者に関する時はその者の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	
	傷病名	発病又は負傷年月日		令 年 月 日		
	発病または負傷の原因	第三者行為によるものですか			はい	いいえ
	移送先	名称	診療した医師の氏名			
		住所				
	移送の経路	から まで				
	移送年月日	令 年 月 日	移送に要した費用の額	円		
	健保承認日	令 年 月 日	承認受付No.			
	上記のとおり請求します。 なお、本請求に基づく給付金の受領を事業主(事業主代理人)に委任します。 請求日 令 年 月 日 被保険者(請求者) 氏名 ㊟					
	東急百貨店健康保険組合 理事長殿					
	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					
	備考欄					

訂正箇所がある場合は、二重線で抹消し訂正印を押印してください。

医 師 の 所 見 欄	移送を必要と認めた理由	
	付き添いを必要と認めた理由	
	入院した病院または診療所の名称	
	上記のとおり相違ありません。 所在地 令 年 月 日 医療機関 名称 医師氏名 ㊟ TEL - -	
事 業 主 欄	令 年 月 日	
	事業主(代理人)の所在地 名称 氏名 ㊟	