

健康保険 被保険者 移送費請求書
被扶養者

Application Form for Transportation Expenses (Insured Person, Dependent)

					年 月 日 提出 Date submitted (Y/M/D): / /	
被保険者 (請求者) の記入欄 To be filled out by insured person (claimant)	被保険者記号・番号 Insured person code and no.		事業所の名称 Employer name			
	—		所属/Section		TEL	
	被保険者の氏名 Name of insured person			住所 Address		
				電話 Tel.		
	傷病名 Sickness/injury name			傷病の経過 Prognosis of sickness/injury		
	病院または診療所に収容された場合はその期間 Period of admittance if admitted to hospital or clinic			自 From (Y/M/D): 年 月 日から 至 To (Y/M/D): 年 月 日まで 日間 days		
	病院または診療所の名称および所在地 Name and address of hospital or clinic					
	移送の方法 区間及び回数 Transportation method and distance and number of times transported			移送に要した費用 Cost of transportation	円 yen	
移送が被扶養者に関するものであるときはその氏名 Name of dependent if person transported is a dependent			生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 月 日 / /		
			請求者との続柄 Relationship to claimant			
受領委任の欄 Proxy receipt	<p>本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任し、給料と合わせて受給することに同意します。 (任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です)</p> <p>I hereby authorize my employer to receive the benefits covered by this claim as my proxy and consent to receive them together with my salary. (This section does not need to be filled out if you are a Voluntarily and Continuously Insured Person.)</p> <p>年 月 日 Date (Y/M/D): / /</p> <p>被保険者氏名 Name of insured person</p>					

* 移送費承認申請書を提出後、領収書（原本）を添付し、請求してください。

Submit this claim with the receipt (original) attached after first submitting the Application Form for Approval of Transportation.