

健康保険 被保険者 移送費請求書

被扶養者

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） の 記 入 欄	被保険者 記号番号		事業所の名称			
	—		所属		TEL	
	被保険者の氏名		住所		〒 -	
			電話番号			
	移送を受けた方		<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者（氏名 ）			
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄		令和 年 月 日 続柄（ ）			
	傷病名					
	発病または負傷の原因					
	発病または負傷の年月日		令和 年 月 日			
	移送経路並びに移送方法					
	移送年月日		令和 年 月 日			
	付添人の有無及びその住所		<input type="checkbox"/> 有（氏名 ）・ <input type="checkbox"/> 無			
			〒 -			
	移送に要した費用の額		円			
	第三者の行為によるものですか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ			
	第三者の行為の場合、氏名及びその住所		氏名			
〒 -						
振 込 先 の 確 認	本請求に基づく給付金は以下の口座に振り込みます。（確認後□にチェック[✓]を付けてください。） <div><input type="checkbox"/> 在職者：事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み 任意継続者：資格取得申請書に記載された振込口座</div> ※上記振込先ではなく、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座 を利用する場合 ⇒ <input type="checkbox"/> （チェック[✓]してください）					
医 師 の 意 見 欄	移送を必要と認めた理由					
	付添を必要と認めた理由					
	移送経路並びに移送方法					
	移送年月日		令和 年 月 日			
	上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日			
		住所 〒 -				
		医師または 歯科医師の氏名		⑥[自署の場合は印鑑不要]		

＜留意事項＞

◎公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。
登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。

◎武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス(宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載)へ、
武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者に提出してください。

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--