

いずれか該当する方の文字を○  
で囲んでください。

記入例

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費請求書

令和〇〇年〇月〇日提出

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		〇〇薬品工業株式会社		
	123-4567		所 属		△△部〇〇課	TEL 999-9999	
	被保険者 の氏名	健保 太郎		住所	〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1-1		
				電話	999-9999-9999		
	傷病名	胃潰瘍、腹部静脈瘤		傷病の経過	手術後、経過良好		
	病院または診療所に収容された場合はその期間			自 平成/令和 〇〇年 〇月 〇	7 日間		
	病院または診療所の名称および所在地			〇〇病院 〒999-9999 〇〇市△△区××町1-1			
	移送の方法 区間及び回数	〇〇市△△区～〇〇市△△町 までタクシーで移送、移送回数 1回		移送に要した 費用	4,500 円		
	移送が被扶養者に関 するものであるときは はその者の氏名	健保 花子		生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇月 〇日	
				請求者との続柄	妻		
振 込 先 の 確 認	本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。（確認後□にチェック[✓]を付けてください。）						
	<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						
	<input type="checkbox"/> 任意継続者：資格取得申請書に記載された振込口座						
	※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)						

武田薬品健

組  
合

振込み先を必ず確認して□にチェック[✓]をご記入ください。

<留意事項>

公金受取口座をご利用の場合は下記にご留意ください。

◎移送費承認申請書を提出後、領収書を添付し、請求してください。

◎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。