

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)

令和 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 | 〒 - |
| | | 電話番号 TEL | |
| | 移送を受けた方 Person transported | <input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名) <input type="checkbox"/> Insured person / <input type="checkbox"/> Dependent (Name:) | |
| | 移送を受けた方の生年月日及びその続柄 Date of birth and relationship of the person transported | 令和 年 月 日 続柄() Date Y/M/D: / / | |
| | 傷病名 Sickness/injury name | | |
| | 発病または負傷の原因 Cause of sickness or injury | | |
| | 発病または負傷の年月日 Date of sickness or injury | 令和 年 月 日 Date Y/M/D: / / | |
| | 移送経路並びに移送方法 Route and method of transportation | | |
| | 移送年月日 Date of transportation | 令和 年 月 日 Date Y/M/D: / / | |
| | 付添人の有無及びその住所 Attendant (Yes/No) and their address | <input type="checkbox"/> 有(氏名)・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Yes (Name:) / <input type="checkbox"/> No 〒 - | |
| | 移送に要した費用の額 | 円 yen | |
| | 第三者の行為によるものですか Was this caused by an act of a third party? | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No | |
| | 第三者の行為の場合、氏名及びその住所 If caused by an act of a third party, their name and address | 氏名 Name 〒 - | |
| 振込先 Payment Destination | 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。) Benefits based on this application will be transferred to the following account. (Please check [✓] the box after confirming.) <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 Employees: Paid to the employer and transferred to your payroll account together with your salary. <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 Voluntarily and Continuously Insured Persons: The bank account listed on the application for enrollment. ※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 ⇒ □(チェック[✓]してください) *If using a public funds receipt account pre-registered on Mynaportal, etc., instead of the above account ⇒ □ (Please check [✓]) | | |
| 医師の意見欄 Doctor's Opinion | 移送を必要と認めた理由 Reason transportation was deemed necessary | | |
| | 付添を必要と認めた理由 Reason an attendant was deemed necessary | | |
| | 移送経路並びに移送方法 Route and method of transportation | | |
| | 移送年月日 Date of transportation | 令和 年 月 日 | |
| | 上記のとおり相違ありません。I hereby certify that the above information is correct. | 令和 年 月 日 | |
| | Address / Postal code 住所 〒 - | | |
| | Name of medical institution 医療機関名 | | |
| | Name of doctor or dentist 医師または 歯科医師の氏名 | ①[自署の場合は印鑑不要] Seal[No seal required if signed by hand] | |

武田薬品健康保険組合

<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。
 - ◎ If you are using a public funds receipt account, please be sure to confirm that the registration process on Mynaportal, etc., has been completed. If the registration is not complete, the transfer of benefits will be delayed.
 - ◎ If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee, send this form to the Fukuoka Office of SATO Social Insurance and Labor Attorney Corporation (refer to the Takeda Health Insurance Society website for the address and other details).
- If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.

| | |
|----------------|--|
| 社会保険労務士 記載欄 | |
|----------------|--|