

常務理事	事務長	係

資格取得日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日

健康保険 被保険者 家族 移送費 請求書

記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	1324 -	社員No.						
	被保険者 氏 名			生年月日	昭 平 令	年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	()	
	住 所	〒 -							
	移送を受けた人			続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		生年月日	昭 平 令	年 月 日
	傷 病 名					発病または 負傷年月日	令和	年 月 日	
	発病または 負傷の原因								
	移送経路	自		至					
	移送方法								
	移送年月日	令和 年 月 日		移送に要した費用 (領収書を添付)		円			
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> あり 氏名: 住所: 〒 -		<input type="checkbox"/> なし					

第三者行為による
ときはその事実

第三者の氏名
及びその住所 氏名: 住所: 〒 -

本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日記入
氏 名 (申請者)

振 込 先 口 座	◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。(「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付)							
	※被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)							
	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します 注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
	振込銀行口座(※請求者名義の口座に限る)							
金融機関コード				店番号				
		<input type="checkbox"/> 銀 行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()				<input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所		
口 座 番 号				口 座 名 義 (カナで記入)				
普通								

※消えるボールペン等の筆記用具で記入、修正テープは使用しないでください。

※「被保険者等記号番号、被保険者氏名」は「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」に記載されているものを記入してください。

※被保険者記入欄に訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、被保険(申請)者の訂正印またはサインが必要です。

請求書提出先⇒人事総務G

医 師 ・ 歯 科 医 師 記 入 欄	移送を必要と 認めた理由	移送年月日	令和 年 月 日
		付き添いを必要 と認めた理由	
	移送経路 (医療機関名 ・住所)	自 至	移送 方法
以上の内容に相違ありません。		令和 年 月 日	
住所(所在地)		Tel:	
医療機関名			
医師名		Ⓜ	

事 業 主 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。		
	令和 年 月 日証明	事業所所在地	
		受任者	事業所名称 事業主氏名