

支給決定 伺	支給決定金額	円	常務理事	事務長	係
	支払期間	自 平成 年 月 日 去 平成 年 月 日	日間		

健康保険被保険者家族移送費支給申請書(第 1 回)

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

下記のとおり移送費が発生しましたので請求します。

平成 23 年 4 月 1 日提出

① 被保険者の 記号・番号	23	1234	② 被保険者 の氏名と 生年月日	(カナ) ご本人の名前と生年月日 (昭和・平成 年 月 日)	③	印		
④ 被保険者の 住所と 電話番号	〒 - Tel () - ご本人の住所と電話番号			⑤ 事業所 の名称	ご本人の会社名			
⑥ 移送を受けた 家族氏名	(カナ) 対象者の名前	⑦ 家族の 生年月日	昭和 平成	対象者の生年月日	⑧ 被保険者 との続柄	続柄		
⑨ 傷病名	病気の名前		⑩ 発病又は 負傷の 年月日	発症または負傷日				
⑪ 発病又は 負傷の原因	原因				⑫ 第三者 行為に よるも のです	はい・いいえ		
⑬ 診療等の支 給及び手当 を受けた医 療機関等の 名称及び所 在	病院名		⑭ 診療を担当 した医師等 の氏名	担当医師の名前				
⑮ 移送を 受けた区間	移送元	移送元の病院名	⑯ 移送期間	自 平成 23 年 3 月 10 日				
	移送先	移送先の病院名		去 平成 23 年 3 月 10 日				
⑰ 移送回数	1	回	⑱ 移送に要し た費用の額	150,000	円	⑲ 利用交通 機関	JR	110 km

⑳ 振込金融機関名	預金種別	口座番号	受取人名
トヨタ 銀行 信託銀行 信用金庫 その他	東 支店 普通 当座	3456123	(カナ) ご本人の名前

※ 受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 住所 〒 - 被保険者 氏名			印
代理人氏名 と住所・ 電話番号	(カナ)	〒 -	Tel () -	