

健康保険 被保険者 移送費請求書  
 家 族

年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	被保険者証	記号		② 被保険者 (フリガナ) の (申請者) 氏 名				④	
			番号		③	生年月日	年	月	日	
		④	被保険者住所	〒 (電話番号) ( )						
		⑤	事業所	名称						
				所在地	〒					
		⑥	移送が被扶養者に関するときは、その方の	氏名	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	続柄
		⑦	傷病名							
		⑧	発病又は負傷の原因及びその経過	(いつ・どこで・何をしているときに)			⑨ 第三者行為によるものですか 「はい」の場合は、「第三者行為による災害届」を提出してください。	はい・いいえ		
		⑩	移送年月日	年 月 日 から			年 月 日 まで			日間
		⑪	移送の方法と要した費用	(移送の方法)			(移送に要した費用)			円
		⑫	移送区間とその回数	(フリガナ)			(フリガナ)			回
	上記のとおり請求します。 年 月 日 被保険者住所 〒 氏名 電話番号 ( ) 労働者健康安全機構健康保険組合理事長 殿									
備考欄										

注意事項

- ⑥の欄は、移送が被扶養者に関するときは、その方の氏名、生年月日及び続柄を記入してください。
- 傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作成し当書類に添付してください。
- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください  
 (事業所を経由せずにマイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類の添付が必要です)