

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		③ 生年月日		年 月 日		④
		番号							(電話番号) ()
	④ 被保険者住所	〒							
	⑤ 事業所	名称							
	<small>(任意継続・特例退職の方は記入不要です)</small>	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)		から まで 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)