

支給額	
支給期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間

健保捺印欄			
常務理事	事務長	室長	担当者

平成 年 月 日

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿

被保険者・被扶養者移送費請求書

次の通り請求します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	— ※						
	被保険者の 氏 名	印		生年月日	大昭平 年 月 日			
	被保険者 の現住所							
	事業所名							
	傷病名			傷病または 負傷年月日	平成 年 月 日			
	発病または 負傷の原因							
	移送 を受けた 区間 及び 金額	区間	から					まで
		回数			移送を受け た年月日	平成 年 月 日		
	交通 機関 支払 金額	交通 機関						
		支払 金額						
被扶養者が 移送を受け たとき	氏名			生年月日	大昭平 年 月 日		続柄	

※個人番号記載可

私は給付金の受領を右記の者に委任します。	受任者（事業所が記入）
平成 年 月 日	事業所の所在地
被保険者氏名	名称
印	事業主の氏名
	印

・退職等により本人口座への直接振込を希望される場合は、委任状は記入せずに勤務先の健保担当部署に申し出た上で給付金振込口座登録用紙（別紙）を添付してください。