

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 27 年 10 月 1 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。給付金の受領は健保担当部署責任者に委任します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	591 ——— 1 ※		
	被保険者の 氏名	健保太郎 (健保) 印	生年 昭 月日 (平) 40年6月10日	
	被保険者 の現住所	〒450 名古屋市中村区名駅南1-21		
	事業所名	トヨタ〇〇株式会社		
	傷病名	下腿脛腓骨々折	傷病または 負傷年月日 平成 27 年 9 月 1 日	
	発病または 負傷の原因	パラグライダーでの転倒 (自損) ←		
	移送 を受けた 区間 及び 金額	区間	日本病院	から 東海病院 まで
		回数	1	移送を受け た年月日 平成 27 年 9 月 1 日
		交通 機関	医療装備具 ←	
	支払 金額	50,000円		
被扶養者が 移送を受け たとき	氏名	生年 昭 月日 平 年 月 日	続柄	

被保険者ご本人様のお名前をご記入、捺印してください。

承認申請書と同様
労災・通災・第三者行為
によるものかどうか
確認できる様ご記入ください。

患者を移送する
設備であるかどうか
確認してください。

※個人番号記載可

委 任 欄	法定給付及び付加給付金の受領を
	健保担当部署責任者 愛知次郎 (愛知) 印 に委任いたします。

委任欄の健保担当部署責任者名は、「加入事業所事務連絡書」の
健保担当部署責任者と同じ方のお名前をご記入、捺印してくださ
い。記入・捺印漏れがないよう確認をお願いします。