

| | |
|------|--------------------------------|
| 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 28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。

| | | | | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------|----------|----------------|-------------------|--------------|---|----|
| 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 | | 生年 月日 | 昭 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 28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 28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 月日 | 昭 平 | 年 | 月 | 日 | 続柄 |

被保険者ご本人様のお名前をご記入ください。

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。

※個人番号の記載可

| | | |
|-------------|----------------------|-------------------------|
| 委 任 状 | 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 28年 10月 1日 | 事業所の所在地 名古屋市東区泉1丁目23-22 |
| | 被保険者氏名 健保太郎 | 名称 トヨタ〇〇株式会社 |
| | | 事業主の氏名 〇〇〇〇 印 |

記入・捺印漏れがないよう確認をお願いします。
受任者は代表者印（事業主届出印）をお願いします。

・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。