

健康保険 被保険者 移送費支給申請書

家 族 一部負担還元金・家族療養付加金

◎記入方法は記入例をご覧下さい。 ◎適正な給付決定処理を行う為に個人情報を利用させていただきます。

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|-------------------|------|------------------|---------------|-----------------------------|---|------------|---|----------|
| ① 被保険者証の記号・番号 | 記号 | / | | フリガナ | ケンポ テルオ | | 続柄 | ③ 生年月日 | | |
| | 番号 | 〇〇 | | ② 被保険者(請求者)の氏名と印 | 健保照夫 印 本人 | | 昭平 | 32年 8月 19日 | | |
| ④ 被保険者(請求者)の住所 | 郵便番号 | 154 - 0012 | | | 電話 | 03 (3742) 0000 | | | | |
| | フリガナ | トウキョウト セタガヤク コマザワ | | | | | | | | |
| 東京都世田谷区馬向沢 〇-〇-〇 | | | | | | | | | | |
| ⑤ 事業所の名称 | スターバックスコーヒー ジャパン株式会社 | | | | 電話 | 03 (5745) 5510 | | | | |
| ⑥ 被扶養者が移送を受けたときはその者の | 氏名 | 該当せず | | | 生年月日 | 昭平 | 年 | 月 | 日 | 被保険者との続柄 |
| ⑦ 傷病名 | 脳内出血 | | | | ⑧ 発病または負傷年月日 | 平成22年 8月 27日 午前・午後10時22分 | | | | |
| ⑨ 発病または負傷の原因 | 頭痛が続いた為病院を受診 | | | | | | ⑩ 第三者行為によるものですか <input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ (業務外) 業務上 | | | |
| ⑪ 診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所(医院)の | 名称 | 世田谷病院 | | | 療養を担当した医師等の氏名 | 井上正則 | | | | |
| | 所在地 | 東京都世田谷区桜新町 〇-〇-〇 | | | | | | | | |
| ⑫ 移送を受けました期間、およびお額の | ⑬ 区間 | 世田谷区桜新町 | | | ⑭ 移送先 | 川崎総合病院 | | | | |
| | 世田谷病院から川崎市高津区まで | | | | | | | | | |
| | ⑮ 移送期間 | ⑯ 移送回数 | ⑰ 距離 | ⑱ 利用交通機関 | ⑲ 移送に要した費用 | | | | | |
| 自24年 4月 / 日 | | / 回 | | 15 km | 寝台車 | | 20000 円 | | | |
| 至24年 4月 / 日 | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---------------------|--------|---------------|-------|-------|
| 支払先及び支払方法 | ⑳ 支払先 | 本人(請求者)に支払う | | |
| | ㉑ 支払方法 | 銀行振込 | | |
| ㉒ 振込先(口座名義を記入して下さい) | 金融機関番号 | 〇〇 | 金融機関名 | 〇〇 銀行 |
| | 支店番号 | 〇〇 | 支店名 | 〇〇 支店 |
| | 口座番号 | ⑳・貯・当) 〇〇〇〇〇〇 | | |
| | フリガナ | ケンポ テルオ | | |
| | 口座名義 | 健保照夫 | | |

受付日付印

平成24年 4月 2 日 提出

スターバックス コーヒー ジャパン 健康保険組合