

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ください。

◎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		続柄	③ 生年月日	
	番号		② 被保険者 (請求者) の氏名と印		印	昭 平	年 月 日
④ 被保険者 (請求者) の住所	郵便番号	—		電話 ()			
	フリガナ						
⑤ 事業所の名称				電話	()		
⑥ 被扶養者が移送を受 けたときはその者の	氏名			生年月日	昭 平	年 月 日	被保険者 との続柄
	⑦ 傷病名				⑧ 発病または 負傷年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分	
⑨ 発病または 負傷の原因						⑩ 第三者行為によるものですか はい・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			療養を担当した 医師等の氏名			
	所在地						
⑫ 移送を受け た期間、お よび費用 の額	⑬ 区間	から		⑭ 移送先	病院		
	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 年 月 日 至 年 月 日		回	km		円	

給付金の受け取り方法に関する欄	②① 支払先	本人(請求者)に支払う			受付日付印
	②② 支払方法	銀行振込			
②③ 振込先 (口座名義を 記入して下さい)	金融機関番号		金融機関名		
	支店番号		支店名		
	口座番号	(普・貯・当)			
	フリガナ				
	口座名義				

平成 年 月 日 提出

スターバックス コーヒー ジャパン 健康保険組合