

事業所担当者()<経由>→健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)
 ※担当者を記入してください

被保険者
家族
移送費請求書

被 保 険 者 (請 求 者) 記 入 欄	①被保険者の 記号・番号	記号	②被保険者 の氏名	
		番号		
	③事業所の名称			
	④移送を受けた 者の氏名		⑤移送を受けた 者の生年月日	年 月 日
				⑥被保 険者 との 続柄
	⑦傷 病 名		⑧発病または負 傷の年月日	年 月 日
	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	⑪業務上または通勤 途上での傷病ですか	はい いいえ
	⑫移送の経路・ 方法		⑬移送に 要した費用	円
⑭付添人の 氏名・住所	氏名	住所	⑭付添人の 氏名・住所	
⑮ 振込先 (請求者名義)	金融機関名	支店名	種別	⑮ 振込先 (請求者名義)
			普通 当座	金融機関名

上記のとおり請求します。

年 月 日

請求者の住所 〒

氏名

電話番号

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

医 師 記 入 欄	移送を必要と認めた 理由(詳しく)			
	付添を認める理由			
	移送年月日	年 月 日		
	移送の経路	自		
		至		
	移送方法			
上記のとおり相違ないことを証明します。				
年 月 日				
医師 住所				
署名				
電話番号 ()				

※移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付して下さい。