

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被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者 の氏名			
	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第三者行為による傷病ですか	はい  いいえ				
	⑪移送の経路・ 方法				⑫移送に 要した費用	円
	⑬付添人の 氏名・住所	氏名			住所	
	⑭ 振込先 (請求者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)
				普通 当座		

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。