

シナネン健康保険組合

款	保険給付費	回数	移送年月日		
			令和		
項	法定給付費	回	年	月	日
		金額			
目	移送費				
	家族移送費				
					円

常務理事	事務長	担当者

本人
・ 移送費請求書
家族

請求者は太枠の中を記入してください。

(添付書類)
移送届を先に健保に提出し承認されてから、費用の領収書を添付して下さい。

被保険者証		移送された者の氏名	生年月日			性別	続柄
記号	番号		T・S	H・R			
			年	月	日	男女	
傷病名		移送年月日	令和 年 月 日				
移送の方法			移送の回数		回		
移送の区間		から	移送に要した費用		円 別紙領収書の通り		
		まで					
発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	傷病の原因					
上記の通り請求いたします。			令和 年 月 日				
シナネン健康保険組合 理事長 殿			住所 被保険者 氏名				
委任状							
事業主を代理人として、健康保険組合より支給される移送費の受取方の件を委任いたします。							
被保険者 氏名							

* 時効：請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効。

受付
