支給決定伺	支給決定金額	円	常務理事	事務長	係
	支払期間	自 令和 年 月 日 去 令和 年 月 日 日間			

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書(第 1 回)

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

下記のとおり移送費が発生しましたので請求します。

令和 6 年 12 月 2 日提出

① 被保険者の記号・番号	23	1234	② 被保険者の氏名と生年月日	(カナ) ご本人の名前と生年月日 (昭和 ・ 平成 年 月 日)			
③ 被保険者の住所と電話番号	〒 ー TEL ( ) ー ご本人の住所と電話番号				④ 事業所の名称	ご本人の会社名	
⑤ 移送を受けた家族氏名	(カナ) 対象者の名前		⑥ 家族の生年月日	昭和 平成 対象者の生年月日	⑦ 被保険者との続柄	続柄	
⑧ 傷病名	病気の名前			⑨ 発病又は負傷の年月日	発症または負傷日		
⑩ 発病又は負傷の原因	原因				⑪ 第三者行為によるものです	はい・(いいえ)	
⑫ 診療等の支給及び手当を受けた医療機関等の名称及び所在地	病院名			⑬ 診療を担当した医師等の氏名	担当医師の名前		
	〒 ー TEL ( ) ー 病院の住所と電話番号						
⑭ 移送を受けた区間	移送元	移送元の病院名		⑮ 移送期間	自 令和 元 年 5 月 10 日		
	移送先	移送先の病院名			去 令和 元 年 5 月 10 日		
⑯ 移送回数	1 回		⑰ 移送に要した費用の額	150,000 円	⑱ 利用交通機関	JR	110 km

⑲ 振込金融機関名			預金種別	口座番号	受取人名
トヨタ	(銀行) 信託銀行 信用金庫 その他	東 本店 支店 支所 出張所	(普通) 当座	3456123	(カナ) ご本人の名前

⑳ 受取代理人が記入する欄	
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
	被保険者 住所 〒 ー
	(請求者) 氏名 ㊞
	代理人 住所 〒 ー ☎( ) ー
	(実際に給付金を受領する者) 氏名 ㊞
	委任者と代理人との関係

2024.12.2