

三菱自動車健康保険組合 御中
(在職中の方は勤務先の
健保担当窓口経由でご提出ください。)

受付日付印

事業主印

移送費支給申請書 (療養費)
第二家族療養費

被 保 者 記 入 欄	健康保険証の記号番号		記号	番号・枝番	下記のとおり請求します。 支給金額の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 (フリガナ) 被保険者 氏 名 (印) 昭和・平成・令和 年 月 日生 退職者記入欄 (〒 -) 住所 電話番号 () 銀行口座(本人名義のもの) 銀行 支店 口座種別 口座番号					
	事業所名称									
	受 診 者	氏 名		続柄						
		生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日						
	傷 病 名									
	発病または負傷年月日		昭和・平成・令和 年 月 日							
	発病または負傷の原因及び経過									
	移送年月日		令和 年 月 日							
	移 送 費		円							
	移送の方法及び区間									
医 師 証 明 欄	上記のとおり移送したことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名称 TEL (印) 医師氏名									
健 保 者 記 入 欄	支 給 決 定 伺 欄	請求額	円	療養費 第二家族療養費	円	備 考				
		査定額	円	高額療養費	円					
		自 己 負 担 額	30%	円	一部負担還元金 家族療養付加金	円	被保険者資格取得・喪失日			
			20%	円			取得	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
			10%	円	支給額合計		喪失	令和 年 月 日		
			無	円			常務理事	事務長	主任	担当
		支給決定年月日		令和 年 月 日						

注) 1. 移送に要した費用の領収明細書(原本)をこの請求書に添付し、申請してください。
 2. 医師・看護師等付添人については原則1人分の交通費を算定します。
 3. 付添人の医学的管理による費用を支払った場合は療養費として支給します。