

健康 保 使 用 欄	資 格 取 得	昭・平・令	年	月	日
	資 格 喪 失	令和	年	月	日
	支払年月日	令和	年	月	日
	支 給 額	円			

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 移送費請求書
被扶養者

令和 年 月 日					
京都中央信用金庫健康保険組合 御中					
住 所 被保険者 氏 名					
下記のとおり _____ 円 を請求します。					
記号・番号	—		所 属		
発病又は負傷 の 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日				
傷 病 名					
傷病の原因					
移送年月日	令和 年 月 日		移 送 に 要 し た 費 用 (領収書の金額)		
移送の方法 区 間 及 び 回 数 等					
移送された 者が被扶養 者であるとき	氏 名				
	生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	被保険 者との 続 柄		

※ 下記の書類を添付してください。

- ・ 医師の意見書
- ・ 移送費領収書