**移**

**請**

**本請求前にWeb登録をお願いします。支給決定額はWebサービスからご確認下さい。**

[**https://kosmoweb.jp**](https://kosmoweb.jp)**仮ID・仮パスワードがご不明な方は東レ健康保険組合までお問合せください**

東レ健康保険組合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

**被保険者**

**家　　族**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証の  記号・番号 | | 記  号 |  |  |  |  | 番  号 | |  |  |  | |  |  |  |  | 生年月日 | | | 年 　 月 　日 | | | | | |
| 住　　　　　所 | | 〒  Tel. | | | | | | | | | | | | | | | 事業所  職 場 | | |  | | | | | |
| Tel | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請が被扶養者に  関する時その者の | |  | | | | | | | | | | | | | 生年  月日 | | 年 　 月 　 日 | | | | | 続  柄 | |  | |
| 傷　　病　　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 発病 または  負傷年月日 | | | | 年 　月 　 日 | | | | |
| 発病または  負傷の原因 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療等手当を  受けた医療機関 | | 所在地 〒  名称  医師名  Tel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 診  療  区  分 | | ・入院  ・外来 |
| 移送後の　　　 医療機関 | | 所在地 〒  名称  医師名  Tel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 診  療  区  分 | | ・入院  ・外来 |
| 移送を  受けた | 期 日 | 月 　日 ～ 　月 　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | 回　数 | | | 回 | | | | |
| 区　 間 | ～ | | | | | | | | | | | | | | | | 距　離 | | | Km | | | | |
| 費 用 | 円 | | | | | | | | | | 利用交通機関 | | | | |  | | | | | | | | |
| 個人情報保護関連  （必ずご記入ください） | | 本件について、事業所を経由して給付すること、事業所に申請内容について問い合わせする事に同意します。　（・はい　・いいえ　）　　　・いいえの場合は支給が１～２ケ月遅れます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振　 　込 　　先  (退職者のみ記入) | | | 銀行 | | | | | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 支店 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 委　 　任 　　状  (受領を委任する場合のみ  記入) | | | 本請求に基づく給付金の受領を  事業所名称  　　　　 氏名 　　 に委任します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＜注意事項＞  ・領収証および明細書を添付下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ［受　付　日］ | | | | | | |
| 事業所（職場）担当者 | | | 氏名　　　　　　　　　　　 　 Tel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |