

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> 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

〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者
家 族 移送費請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	住 所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇 Tel. 000-0000-0000				事業所			
	氏 名	ケンボ タロウ 健保 太郎				職 場	Tel		
	申請が被扶養者に関する時その者の	氏 名	ケンボ ハナ子 健保 花子	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	続柄	妻		
	傷 病 名	腸閉塞				発病 または 負傷年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		
	発病または 負傷の原因	不詳							
	診療等手当を 受けた医療機関	所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇				診療区分	・入院 ・外来	
		名称	〇〇〇〇クリニック						
		医師名	〇〇 〇〇						
			Tel. 000-0000-0000						
移送後の 医療機関	所在地	〒〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇				診療区分	・入院 ・外来		
	名称	〇〇〇〇市民病院							
	医師名	〇〇 〇〇							
		Tel. 000-0000-0000							
移送を 受けた	期 日	〇〇月〇〇日 ~ 〇〇月〇〇日			回 数	〇〇 回			
	区 間	〇〇〇〇 ~ 〇〇〇〇			距 離	〇〇 Km			
	費 用	〇〇〇〇円		利用交通機関	タクシー				
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る事に同意します。 <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ) <input type="radio"/> いいえの場合は支給が1~2ヶ月遅れます。								
振 込 先 (退職者のみ記入)	〇〇〇〇 銀行			口座番号 〇〇〇〇〇〇					
	〇〇〇〇 支店			氏 名 義 健保 太郎					
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.					