

支給 決定	法定	円	摘要	常務理事				事務長		主任		係員	
	付加	円											
	計	円											
被保険者 被扶養者			記号番号 () 第 号		氏名コード						承認番号		
移送費請求書			フリガナ		所 属		課 内		組 線				
			被保険者 氏 名										
受療者氏名			被保険者との 続柄		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				
傷病名			昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日 生		発病または負傷年月日		昭和・平成・令和 年 月 日						
移送年月日			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		発病または負傷年月日		昭和・平成・令和 年 月 日						
移送経路			移 送 方 法		(第三者行為の有無)		(有 ・ 無)		第三者の住所 氏名				
付添の有無			有 ・ 無 [医師 ・ 看護婦 ・ その他()]										
付添人氏名													
付添人住所					移送に要した費用額								

上記のとおり請求致します。

なお、私の受ける給付金の受領方を事業主に委任します。

令和 年 月 日

ダイハツ健康保険組合 理事長 殿

住所 (〒 -)
被保険者 (TEL) 印
氏名

決 定 記 録	

受付印