提出先：日本アイ・ビー・エム健康保険組合 (HZD-YY1)

受付年月日	年　月　日
伺年月日	年　月　日
決裁年月日	年　月　日
移送承認年月日	年　月　日
支給額	円

支給支払決議書			
資格取得	年　月　日		
資格喪失	年　月　日		
支払年月日	年　月　日		

被保険者
被扶養者　移送費請求書

被保険者証の記号・番号	第　号		事業所の名称				
発病または負傷の年月日	年　月　日						
傷病の原因							
傷病名			移送年月日	年　月　日			
移送の方法区間及び回数			移送に要した費用	円			
請求が被扶養者に関するものであるとき	氏名		生年月日	明 大 昭 平	年　月　日	被保険者との続柄	
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行　支店（普通 当座 第　号）・　郵便局						

上記のとおり請求します。

年　月　日

被保険者の 住所
氏名　㊞

健康保険組合理事長