

被保険者
被扶養者 移送費支給申請書

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

下記のとおり申請します。

健 保 欄	常務理事	事務長	部長	担当

令和 年 月 日

被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	氏 名	ふりがな	
(勤務先電話又は内線 - -)					
事業所の名称又は銀行 名 ・ 部 室 店 名					
移 送 を 受 け た 者 の 氏 名				続 柄	
	昭・平・令	年	月 日		
移 送 年 月 日	平・令 年 月 日	移送に要した費用		承認NO	

- ・ 「記号・番号による申請」に代えて「個人番号による申請」もできます。この場合「運転免許証」「パスポート」等の身元確認資料の提出が必要となります(「記号・番号による申請」の場合は身元確認資料は不要です)。
[個人番号記入欄]

【注】 領収書および移送承認書(申請書)を添付して下さい。

【領収書および移送承認書(申請書)貼付欄】

【郵便】 〒105-0014 東京都港区芝2-4-3

三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛

【行内メール】 東日本(7872-50)

三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛

健 保 記 入 欄	給付決定日		受付日	
	支給期間	月 日から	月 日まで	日間
	支給合計	円	内 訳	円
	受付NO		傷病コード	事業所コード