

届出コード	届書
3   1   0   5   1	

被保険者 移送費 請求書  
被扶養者

令和 年 月 日

東京都情報サービス産業健康保険組合理事長 殿

住所

被保険者 自宅 ( )  
(請求者) 電話 携帯 ( )

氏名

下記のとおり、領収書を添付のうえ請求いたします。

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	—	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
事 業 所 名 称			
傷 病 名		発病または負 傷した年月日	平・令 年 月 日
傷 病 の 原 因			
移 送 年 月 日	平成・令和 年 月 日	移 送 に 要した費用	円
移 送 の 方 法		移送の区間 および回数	→ 回
移 送 が 被 扶 養 者 に 関 する も の だ る と き	氏名	生年 月日	昭・平・令 年 月 日 被保険者 との続柄

在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。  
支払金融機関欄は記入せずに委任状欄のみ記入してください。  
退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払金融機関欄  
を記入し委任状欄は記入しないでください。

受付日付印

保 險 給 付 金 受 取 先	委 任 状	私は下記の者に当該給付金の受領を委任します。 令和 年 月 日		
		住所 被保険者 (請求者) 氏名		
	(1) 事業主の選定した保険給付金受領代理人 ※(1)、(2)いずれかを○で囲んでください。 (2) (1)以外の代理人(下記に代理人の住所・氏名、下欄の支払金融機関に記入)			
	住所 代理人 氏名			
支 払 金 融 機 関	銀行・農協 信金・信組		本店 支店	
	預金種別	普通・当座		
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)		
口座番号 (ゆうちょ銀行の場合 は8ケタの通帳番号)	フリガナ			
	口座名義			

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。  
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類が必要です。