**移**

**請**

**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**](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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 **被保険者**

 **家　　族**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証の記号・番号 | 記号 |  |  |  |  | 番号 |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年 　 月 　日 |
| 住　　　　　所 |  〒 Tel. | 事業所職 場 |  |
|  Tel |
| 　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　 　　 |
| 申請が被扶養者に関する時その者の |   | 生年月日 |  年 　 月 　 日 | 続柄 |  |
| 傷　　病　　名 |  | 発病 または負傷年月日 |  年 　月 　 日 |
| 発病または負傷の原因 |  |
| 診療等手当を受けた医療機関 | 所在地 〒名称医師名Tel. | 診療区分 | ・入院・外来 |
| 移送後の　　　 医療機関 | 所在地 〒名称医師名Tel. | 診療区分 | ・入院・外来 |
| 移送を受けた | 期 日 | 月 　日 ～ 　月 　 日 | 回　数 | 回 |
| 区　 間 | ～ | 距　離 | Km |
| 費 用 | 円 | 利用交通機関 |  |
| 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する事に同意します。　（・はい　・いいえ　）　　　・いいえの場合は支給が１～２ケ月遅れます。 |
| 振　 　込 　　先(退職者のみ記入) |  銀行 | 口座番号 |
| 支店 | 　　 |
| 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. |