

# 健康保険 移送費請求書

届出 令和 年 月 日		被 保 険 者 証		氏 名	所 属 事 業 所	Tel ( ) - (内 - )	
被 保 険 者	記 号	番 号	生 年 月 日				昭 和 年 月 日
該 当 者	氏 名		続 柄	出 生 年 月 日		性 別	公 費 該 当 の 場 合 そ の 種 別
	フリガナ			昭 平 令	年		
傷 病 名							
傷 病 の 原 因		移 送 し た 年 月 日		令 和 年 月 日			
移 送 後 入 院 し た と き は そ の 病 院		所 在 地 名 称		傷 病 の 経 過			
移 送 の 期 間		令 和 年 月 日 から 日 間		移 送 に 要 し た 費 用		円	
移 送 の 内 容		移 送 方 法		区 間		距 離	回 数
				から まで		km	回
				から まで		km	回
第 三 者 行 為 に よ る と き は そ の 者 の 住 所 氏 名 と そ の 概 要							

  

支 給 額	被 保 険 者	移 送 費						円
	被 扶 養 者	家 族 移 送 費						円
	計							
記 事								

<b>被 保 険 者 確 認 欄</b>	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
----------------------	--------------------------	--

健 保 組 合	伺			決 定 年 月 日		入 力
	常 務 理 事	事 務 長	担 当	年	月	日

**(注意事項)**

- ① 移送に要した費用の申請には、領収証とその明細のわかるもの、医師または歯科医師の意見書（すべて原本）を添付してください。
- ② 上記記載の「医師または歯科医師の意見書」には、「移送を必要と認めた理由」「移送経路、移送方法および移送年月日」「診療年月日」「医師または歯科医師の記名」が必要です。
- ③ 本請求は、直接健康保険組合に送付してください。

受 付 印