

健康保険 移送費請求書

届出 令和 年 月 日		被 保 険 者 等		氏 名	所 属 事業所	Tel () - (内 -)	
被 保 険 者	記 号	番 号	生 年 月 日				昭 和 平 成 年 月 日
該 当 者	氏 名		続 柄	生 年 月 日		公費該当の場合その種別	
	フリガナ		昭 平 令	年	月	日	
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		円	
		令和 年 月 日まで		移送に要した費用		別紙領収証のとおり	
移送の内容		移送方法		区 間		距 離	
				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								

被保険者確認欄 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