

届出日（送付日）を記入してください。

# 健康保険 移送費請求書 【記入例】

届出 令和 3年 〇〇月 〇〇日		被保険者証 記号 番号 20 555555		氏名 健康太郎	所属事業所 〇〇〇〇（株）〇〇部 〇〇部 TEL (000) 123-4567 (内123-4567)
生年月日 昭和 50年 10月 15日 平成		現住所 〒 000-1234 広島市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇マンション TEL (000) 987-6543	該当者 氏名 フリガナ ケンコウ ハナコ 健康 花子		続柄 妻
出生年月日 昭和 56年 5月 11日 平成		性別 男 女	公費該当の場合その種別		
傷病名	脳梗塞				
傷病の原因	心原性脳塞栓	移送した年月日	令和 3年 2月 1日		
移送後入院したときはその病院	所在地 広島市〇〇区〇〇町〇-〇 名称 広島〇〇病院	傷病の経過	退院後、通院療養中		
移送の期間	令和 3年 2月 1日から 28日間 令和 3年 2月 28日まで	移送に要した費用	6,000 円 別紙領収証のとおり		
移送の内容	移送方法	区 間	距離	回数	
	フェリー、自動車	〇〇診療所 から 広島〇〇病院まで から まで	12 km	1 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							円

記事

前月26日から当月25日までに支給決定したものを、翌月22日に支払います。ただし、当日が土・日または休日の場合は順次繰り上げて支払います。

**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		決定年月日	入力
被保険者が必ずご記入ください。 記入漏れの場合は、返却させていただきます。			
合			

- (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