

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 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日		被保険者等		氏名	健康太郎	所属事業所	〇〇〇〇(株) 〇〇部 〇〇部		
記号	番号	20	555555				TEL (000) 123-4567 (内123-4567)		
被保険者	20	555555	昭和 平成	50年	10月	15日	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		続柄	出生年月日		性別	公費該当の場合その種別		
	フリガナ	ケンコウ		ハナコ	昭 平 令		56	5	11
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		1.2 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
合			

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。

- (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