

# 健康保険 移送費請求書

下記のとおり申請します。なお、給付金の受領を、事業主（中国電力㈱または中国電力ネットワーク㈱）に委任します。

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						円

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