
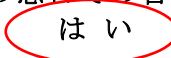


記入例

## 健康保険 被保険者 家族 移送費支給請求書

令和 〇年〇〇月〇〇日提出

|  |                         |   |                  |                    |                |        |
|--|-------------------------|---|------------------|--------------------|----------------|--------|
| 請求者が記入するところ  | 被保険者証<br>記号・番号          | 記号 999  | 事業所名称            | 〇〇〇株式会社            |                |        |
|  |                         | 番号 99999  | 所属               | 〇〇部〇〇課             |                |        |
|  | 被保険者氏名                  | 健保 太郎  |                  | 被保険者<br>生年月日       | S・H・R〇〇年〇〇月〇〇日 |        |
|  | 被保険者住所                  | 〒530-****<br>大阪府大阪市〇〇区〇〇1-1-1   |                  |                    |                |        |
|  | 移送を受けた者の氏名              | 健保 太郎   | 移送を受けた者の<br>生年月日 | S・H・R〇〇年〇〇月〇〇日     | 被保険者<br>との続柄   | 本人     |
|  | 傷病名                     | 両大腿骨頸部骨折<br>頭部打撲、右尺骨骨折  | 移送区間             | 〇〇医院 から<br>〇〇病院 まで |                |        |
|  | 移送年月日                   | H・R 〇年〇〇月〇〇日  | 移送方法             | ヘリコプター             | 移送距離           | 40 k m |
|  | 移送した病院<br>等の名称及び<br>所在地 | 名称 〇〇病院   | 移送に要<br>した費用     |                    | 234,000 円      |        |
|  |                         | 所在地 〒530-****大阪市〇〇区〇〇9-9-9  |                  |                    |                |        |
|  | 移送承認番号                  | 〇〇 号  | 承認年月日            | 令和 〇年 〇〇月 〇〇日付     |                |        |
| 医療機関等の窓口での自己負担額が免除されていますか？<br>はい  ・ いいえ (どちらかを〇で囲んでください。) |                         |   |                  |                    |                |        |
| ※1 備考  |                         |   |                  |                    |                |        |

|    |    |    |   |
|----|----|----|---|
| 所属 | 課長 | 係長 | 係 |
|    |    |    |   |

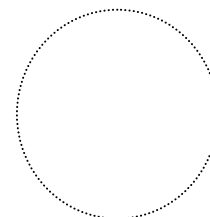
※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお、被保険者証の記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認を行いますので、個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上)を申請者が健保に直接持参してください。

|     |
|-----|
| 移送費 |
| 円   |

## 請求について

〇「移送承認書」・「領収書」を添付して下さい。

受付印



阪急阪神健康保険組合