

# 健康保険 被保険者家族 移送費支給請求書

令和 年 月 日提出

請求者が記入するところ	記号		事業所名称			
	番号		所属			
	被保険者氏名	<small>被保険者が自ら記入(自署)する場合には押印は不要です</small>		被保険者 生年月日	S・H・R 年 月 日	
	被保険者住所					
	移送を受けた者の氏名		移送を受けた者の 生年月日	S・H・R 年 月 日	被保険者との続柄	
	傷病名		移送区間	から まで		
	移送年月日	H・R 年 月 日	移送方法		移送距離	k m
	移送した病院等の名称及び所在地	名称		移送に要した費用		
		所在地				
	移送承認番号	号	承認年月日	令和 年 月 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? はい ・ いいえ (どちらかを○で囲んでください。)						
※1 備考						

所属	課長	係長	係

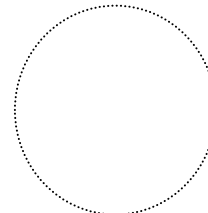
※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお、記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認を行いますので、個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上)を申請者が健保に直接持参してください。

移送費
円

## 請求について

○「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