

事業所担当者() <経由> → 健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)

□ 被保険者
☑ 家族
移送費請求書

被 保 険 者 (請 求 者) 記 入 欄	① 被保険者証の 記号・番号	記号 1 番号 12345	② 被保険者 の氏名	健保 太郎		
	③ 事業所の名称	ヤンマー株式会社				
	④ 移送を受けた 者の氏名	健保 花子	⑤ 移送を受けた 者の生年月日	60年 3月 3日	⑥ 被保 険者 との 続柄	妻
	⑦ 傷病名	〇〇病	⑧ 発病または負 傷の年月日	H25 年 9月 2日		
	⑨ 発病または 負傷の原因	不詳				
	⑩ 第三者行為による傷病ですか	はい <u>いいえ</u>				
	⑪ 移送の経路・ 方法	移送用寝台車にて 〇〇病院から××総合病院へ		⑫ 移送に 要した費用	25,000 円	
	⑬ 付添人の 氏名・住所	氏名	健保 太郎	住所	△△市××1-2-3	
⑭ 振込先 (請求者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)	
	△銀行	××支店	<u>普通</u> 当座	0123456	ケンホ 太郎	

上記のとおり請求します。

平成25 年 10 月 1 日

請求者の住所 〒 123-4567

△△市××1-2-3

氏名 健保 太郎



電話番号 * * * (* * *) * * * *

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

医 師 記 入 欄	移送を必要と認めた 理由(詳しく)	
	付添を認める理由	
	移送年月日	年 月 日
	移送の経路	自 移送元の医療機関にて記入してもらってください。 至
	移送方法	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医師 住所 氏名 電話番号 ()	

※移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付して下さい。