

- 被保険者(本人)
- 被扶養者(家族)

# 移送費請求書

記入例

太枠内をもれなく記入してください

受付印

ジェイテクト健康保険組合 理事長殿

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	9999 — 123456	被保険者氏名	健保 太郎		
	事業所	名称	〇〇〇〇〇会社		所属 (工場・支社)	(部署名)
					△△工場	〇〇部〇〇課〇〇係〇〇組
	移送を受けた 者の氏名	健保 花子	続柄	妻	移送を受けた者 の生年月日	昭・平・令 45 年 3 月 6 日
	傷病名	××××××××××		発病または 負傷の年月日	平・令 元年 5 月 2 日	
	傷病の原因	××××××××××××××××××				
	移送経路 (住所)	自	大坂〇〇〇病院 : (〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番地)			移送方法 <input checked="" type="checkbox"/> 貸切寝台車 <input type="checkbox"/> 病院付属専用車 <input type="checkbox"/> その他( )
		至	△△△大学病院 : (△△県△△市▽▽町△△番地)			
	移送年月日	平・令 元年 5 月 2 日	移送に要した費用 (領収書の原本を添付)	32,000 円		
	付添人について	<input type="checkbox"/> 医師・看護師 <input checked="" type="checkbox"/> その他(家族等)	氏名	健保太郎	住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号
第三者行為に よる傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	→「はい」の場合は、 【第三者行為に関する書式】一式を提出				
上記のとおり請求します。 ただし、給付金の受領を下記事業主に委任する。 ◆資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に 令和 元年 5 月 10 日						
住所 〒 〇〇〇 — 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号 〇〇アパート 〇〇号室						
被保険者氏名(請求者氏名) 健保太郎 (健保印)						
電話番号 001 (234) 5678						

<第三者行為による傷病の例>  
交通事故に遭った、他人からの暴力行為を受けた、他人のペットにかまれた、  
他人の打ったボールに当たった、スキー・ゴルフ等の遊戯中に他人と接触した、  
外食や仕出し弁当で食中毒に遭った など

移 送 元 の 医 師 記 入 欄	移送経路 (医療機関名・ 住所)	自 大坂〇〇〇病院 : (〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番地)	移送方法	<input checked="" type="checkbox"/> 貸切寝台車 <input type="checkbox"/> 病院付属専用車 <input type="checkbox"/> その他( )
	移送を必要と認 めた理由(緊急 性の有無、移送方 法、移送先選択の 医学的理由)	緊急に手術する必要があったが、当院には 設備が無いため、やむを得ず転院するこ とになった。病状から歩行は、困難であ った。		
	医師・看護師の 付き添えを必要 と認めた理由	・もれなく移送元の医師に記入を受けてください ・訂正には医師の印が必要です		
移送年月日		平・令 元年 5 月 2 日	以上の内容に相違ありません。 令和 元年 5 月 3 日	
住所(所在地)		〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番地		
医療機関名		大坂〇〇〇病院 (大坂印)		
医師名		大坂一郎 (大坂印)		
電話番号		000 (000) 0000		

事 業 主 記 入 欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受取ります。			
	令和 年 月 日	事業所所在地		
	事業所名称 事業主氏名 (事業主印)			
・もれなく事業主に記入を受けてください ・訂正には事業主の印が必要です				