

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)  
※担当者を記入してください

□被保険者  
☑家族  
移送費請求書

移送費の給付は、移動が著しく困難な患者が、医師の指示により、緊急その他やむを得ない理由で搬送され、適切な療養を受けた場合に限り、認められるものです。

被 保 険 者 ( 請 求 者 ) 記 入 欄	①被保険者の 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	ヤンマーホールディングス株式会社				
	④移送を受けた 者の氏名	健保 みどり	⑤移送を受けた 者の生年月日	S55年5月5日	⑥被保険者 との続柄	妻
	⑦傷病名	大腿骨骨折	⑧発病または負 傷の年月日	2024年	8月	15日
	⑨発病または 負傷の原因	旅行中の離島(〇〇島)で転倒し、骨折した。				
	⑩第三者行為によるものですか	はい	⑪業務上または通勤 途上での傷病ですか	はい	⑩⑪が「はい」の場合は、請求不可です。	
	⑫移送の経路・ 方法	フェリーにて〇〇クリニックから、 □□総合病院へ移送		⑬移送に 要した費用	50,000円 ⑫できるだけ詳しく記入してください。	
	⑭付添人の 氏名・住所	氏名 健保 太郎	住所	××市〇〇区△△1-2-3		
	⑮振込先 (請求者名義)	金融機関名 〇〇銀行	支店名 △△支店	種別 普通 当座	口座番号 0123456	名義(カタカナで記入) ケンポ タロウ
	⑮被保険者(社員本人)の口座を記入してください。					

上記のとおり請求します。

2024年 9月 15日

請求者の住所 〒 123-4567

××市〇〇区△△1-2-3

氏名 健保 太郎

電話番号 06 ( 6123 ) 4567

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 至 医師に記入してもらってください。
	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 署名 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。