

# 健康保険 被保険者 移送費請求書

① 被保険者証の 記号・番号	—	② 事業所名	
③ 被保険者の 氏名		④ 被保険者の 生年月日	昭和 年 月 日 平成
⑤ 移送を受 けた者の 氏名		⑥ 生年月日	昭和 年 月 日 平成 続柄
⑥ 傷病名		⑧ 第三者行為によるものですか はい・いいえ	
⑨ 発病・負傷 の年月日	平成 年 月 日	午前 午後	時 分 頃
⑩ 発病・負傷の原因及び移送を受けるまでの経過			
⑪ 移送後の 医療機関の	所在地		
	名称		
⑫ 移送を受けた区間	(1)	から	
		～	
	(2)	から	
		～	
⑬ 利用交通機関			
⑭ 移送を受けた期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日
⑮ 移送に要した 費用の額	¥		
上記のとおり申請します。			
平成 年 月 日		〒 — 被保険者の 住所	
		氏名 ㊟	
近畿電子産業健康保険組合殿		TEL ( ) —	

委任状	
上記保険給付金の受領を所属事業所担当者.....㊟に委任します。	
平成 年 月 日	被保険者氏名 ㊟

## 移送または骨髄等搬送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

被保険者証の 記号・番号		被保険者氏名			
患者の 氏名・性別		男 女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日
傷病名					
移送または 骨髄等搬送を 必要と認めた 理由 (症状、その他 具体的に記入 して下さい)					
入院した 医療機関の 所在地・名称					
移送または 骨髄等搬送の 経路及び方法					
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 医療機関 名称 医師又は歯科医師の 氏名 電話</p> <p style="text-align: right;">④</p>					