

- 被保険者
 被扶養者

【任意継続・特例退職用】 移送費請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号		番号					
	被保険者氏名	(フリガナ)				資格取得 年月日	S・H・R	年 月 日
	生年月日	S・H	年	月	日	資格喪失 年月日	H・R	年 月 日
	上記のとおり申請いたします。 併せて、給付金の受領を事業主に委任いたします。							
被保険者住所		被保険者氏名						
〒 -								

医 師 の 意 見 欄	患者氏名	(S・H・R 年 月 日生)	男・女	移送日	H・R	年 月 日
	傷病名					
	傷病の原因・経過					
	移送方法 および区間	種 別	区 間		金 額	
					円	
	病状・移送の給付 を必要とする事由				円	
		上記のとおり相違ありません。				
医療機関所在地		〒 -				R 年 月 日
医療機関名称						
医師氏名						

(注) 請求書には必ず領収書(区間明記のもの)を添付してください。

移送費について

(1) 移送費は次の(ア) (イ)に該当し、組合がその必要を認めた場合に限り支給されます。

(ア) 病気やけがで移動が困難な状況で、かつ医師の指示で一時的、緊急的の必要があり移送された場合

(イ) 療養上医師の指示で強制的に転地させる場合

(2) 健保組合が基準にもとづき算定した範囲内で支給金額を決定します。