

			常務理事	事務長	精算	担当
健保組合記入欄	算出基礎		支給額		円	
	備考					

## 移送費請求書

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	被 保 険 者 証	記 号		氏 名				Ⓜ	
		番 号							
	事 業 所 名								
	移 送 を 受 け た 者 の 氏 名				移 送 の 日 付	令 和	年	月	日
	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令 和	年	月	日	移 送 に 要 し た 費 用	円		
	傷 病 名				傷 病 の 原 因				
	移 送 の 経 路 及 び 方 法								
付 添 が あ っ た と き は そ の 者 の	氏 名				住 所				
<p>本請求金額の受領を _____ を代理人と定め委任致します。</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>古河健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 Ⓜ</p>									
事 業 主 の 証 明 す る 欄	<p>上記の申請について、相違ないことを証明いたします。</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>古河健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">事業主 名称 Ⓜ</p> <p style="text-align: right;">氏名 Ⓜ</p>								

(注意事項) ① 移送に要した費用の額を証明する書類の写しを添付してください。

② 二枚目の医師の意見書も提出してください。

## 医師の意見書（移送費請求添付用）

医師 の 意 見 欄	患者名		傷病名	
	移送年月日	令和      年      月      日	診療開始 年 月 日	令和      年      月      日
	移送が必要 となった理由			
	移送の経路 及び方法			
	付添があった ときは、 必要と認め た理由			
	<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">担当医名</p> <p style="text-align: right;">④</p>			