

				<table><tr><td>常務理事</td><td>事務長</td><td>精 算</td><td>担 当</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				常務理事	事務長	精 算	担 当				
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	記号		氏 名								
		番号										
	事 業 所 名 称											
	移送を受けた者の氏名				移 送 の 年 月 日	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											
事 業 主 の 証 明 す る 欄	付添があったときはその者の		氏 名			住 所						
	本請求金額の受領を									を代理人と定め委任致します。		
	令和 年 月 日											
	古河健康保険組合理事長 殿									被保険者氏名		
事 業 主 の 証 明 す る 欄	上記の申請について、相違ないことを証明いたします。											
	令和 年 月 日											
	古河健康保険組合理事長 殿											
	事業主 氏 名						事業主 氏 名					

(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			
	付添があつ たときは、 必要と認め た理由			
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関名称 所在地 担当医名 印			