

# 被保険者 家 族 移送費請求書

被保険者の記入欄	被保険者証の記号と番号	記号	番号	事業所名				
	被保険者氏名			被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日
	↓ 該当者が被扶養者の場合ご記入ください。							
	氏名	(続柄: )		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	傷病名				発病または負傷年月日	年	月	日
	発病または負傷の原因							
	移送経路	自 至		移送方法		いずれに○をつけてください 1 貸切患者搬送車 2 病院付属専用車 3 その他 ( )		
	移送年月日	令和	年	月	日	移送に要した費用 (領収書原本を添付)		円
	被保険者名義の振込銀行口座を記入してください。							
	振込先	銀行名		支店名		種別	口座番号	
上記のとおり請求します。								
令和 年 月 日				被保険者住所 〒 -				
大阪読売健康保険組合 殿				被保険者氏名				
				被保険者電話 ( )				

医師の証明欄	移送経路	自 至	移送方法	いずれに○をつけてください 1 貸切患者搬送車 2 病院付属専用車 3 その他 ( )			
			移送年月日	年	月	日	
	移送を必要と認めた理由 (緊急性の有無・移送方法・移送先)						
	上記のとおり相違ないことを証明します。						
令和 年 月 日				所在地 〒 -			
大阪読売健康保険組合 殿				医療機関名			
				医師の氏名			
				電 話 ( )			

備考	
----	--

事業主記入欄	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	( )

社会保険労務士記入欄

.....  
受付日付印