

被保険者 移送費請求書
家 族

被 保 険 者 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	Ⓜ		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	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			移送方法	いずれかに○をつけてください↓ 1 貸切寝台車 2 病院付属専用車 3 その他 ()		
		至						
	移送年月日	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必ずご記入ください。							
振込先	銀行		支店	種別	口座番号			
				普通				

上記のとおり請求します。
平成 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.....()
被保険者携帯.....()

医 師 証 明 欄	移送経路 (医療機関名・住所)	自			移送方法	いずれかに○をつけてください↓ 1 貸切寝台車 2 病院付属専用車 3 その他 ()		
		至						
	移送を必要と認めた理由 (緊急性の有無・移送方法・移送先)		移送年月日 年 月 日					
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 所在地 〒 -							
大阪読売健康保険組合 殿 医療機関名..... 電話.....() 医師の氏名.....Ⓜ								

備考	
----	--

事業主住所氏名及び印	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ
電 話	() 番

社会保険労務士の提出代行者印	
	Ⓜ

.....
受付日付印