

《 記入例は2枚目を参照 》

## 【1102】移送費・家族移送費 請求書

### ポイント

- ・□の記入は、被保険者は「0」移送費を、被扶養者は「1」家族移送費を記入
- ・移送費の要件に該当をした場合、移送に要した内訳がわかる「領収書の本通」を添付  
※移送手段、経路、経費等の内訳がわかるものも必要
- ・提出先は、会社の事務担当となります。（被保険者の退職後および任意継続になられた方は、直接 JR 健保へ送付してください。）  
※事業主を経由せず JR 健保に直送する場合、備考を読んで該当する箇所を二重抹線

### 記入内容

- (1)・(2) は、カード保険証の記号・番号を見て記入
  - (3) 移送を受けた方の氏名を記入
  - (4) 移送された年・月・日を記入
  - (5) 交通事故（自損事故含む）、傷害事故などは「0」を、それ以外は「1」を記入
- ・傷病名、傷病発生日、受診していた医療機関名などは、医療機関の証明欄を確認しながら記入欄に必要事項を記入
  - ・請求書の提出日、勤務箇所（任意継続の方は未記入）、氏名（被保険者が自署の場合は、押印は不要）、押印（ご家族や事務担当の方などが氏名を記入した場合は必要）、電話番号（自宅・携帯）は、問い合わせができるように記入
  - ・医療機関の証明欄は、受診をしていた医療機関で記入していただき、**医師名と押印があることを確認してください。**

0:移送費  
1:家族移送費 請求書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

＜添付書類＞ 移送費用の領収書(内訳のわかるもの)

(1)被保険者証の記号	(2)被保険者証の番号	(3)移送を受けた方の氏名
0000	00000000	健保 一郎
(4)移送年月日	(5)第三者加害の有無	(6)移送費用
9 000000	1 0:有 1:無	10500 円
7:平成 9:令和	年 月 日	

傷病名	右大腿骨複雑骨折	傷病の発生日	令和元年00月00日
受診していた医療機関名	〇〇医院	所在地	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇
移送された医療機関名	〇〇大学病院	所在地	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇
移送の内容	事由	手術設備の不備	
	方法	寝台車	
	移送距離	00 km	

上記のとおり、事業主を経由して請求いたします。 令和元年00月00日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿 勤務箇所 〇〇 駅

氏 名 健保 太郎 (印) \*

\* 被保険者等が自ら記入する場合は押印は省略可 電話(自宅・携帯) 000 - 0000 - 0000

医療機関の証明欄	移送の年月日	令和元年00月00日	付添人	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 医師 (氏名〇〇〇〇) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 看護師 (氏名 )
	移送の経路	〇〇医院から〇〇大学病院		
	及び方法	〇〇緊急移送サービス(株)の寝台車による移送。		
	移送を必要とする理由	緊急手術を必要とするも、当院の設備では処置できないため		
	上記のとおり相違ないことを証明する。	令和元年00月00日		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇		
	名 称	〇〇医院		
	電 話	000-0000-0000	医師名	〇〇 〇〇 (印) (印)

事業所使用欄	箇所長	(印) 電話	000 - 0000	健保担当課	(印) 事業主整理番号	0000
--------	-----	--------	------------	-------	-------------	------

備考 事業主を経由せず直接、健康保険組合に請求する場合は「上記のとおり、事業主を経由して請求いたします。」のように、「事業主を経由して」の部分有二重線で抹線して提出してください。その場合についても各証明欄に証明を受けてください。