

0:移送費 請求書  
 1:家族移送費

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)被保険者等記号	(2)被保険者等番号	(3)移送を受けた方の氏名
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)移送年月日	(5)第三者加害の有無	(6)移送費用
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 0:有 <input type="checkbox"/> 1:無	<input type="text"/> 円
7:平成 年 月 日 9:令和		

傷病名	傷病の発生日	年 月 日
受診していた医療機関名	所在地	
移送された医療機関名	所在地	
移送の内容	事由	
	方法	
	移送距離	km

上記のとおり、事業主を経由して請求いたします。 年 月 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 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話(自宅・携帯) \_\_\_\_\_

医療機関の証明欄	移送の年月日	年 月 日	付添人	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 医師 (氏名 ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 看護師 (氏名 )
	移送の経路及び方法			
	移送を必要とする理由			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日			
	所在地	名称	電話	医師名

事業所使用欄	箇所長	電話	—	健保担当課	事業主整理番号
--------	-----	----	---	-------	---------