

資格情報のお知らせや資格確認書の記号・番号を確認のうえ、記入してください。

資格情報のお知らせや資格確認書の記号・番号を確認のうえ、記入してください。

(在職中の方は勤務先の健保担当窓口経由でご提出ください。)

移送費 (療養費) 支給申請書
第二家族療養費

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号	番号	事業所で記入します。 記号・番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください									
	事業所名称												
	所属												
保 険 者	被保険者	氏名	受診者	氏名	枝番								
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日			
者 記 入 欄	傷病名	発病または負傷年月日		昭和・平成・令和	年	月	日						
	発病または負傷の原因及び経過												
入 欄	移送年月日	令和	年	月	日	移送費	円						
	移送の方法及び区間												
欄	下記のとおり請求します。支給金額の受領を事業主に委任します。												
	令和 年 月 日 千()												
住 所													
被保険者フリカナ氏名													

医療機関で記入する欄です。上の欄の記入が終わったら、医療機関に提出してください。

健保記入欄です。記入せずにそのまま提出してください。

- 注) 1. 移送に要した費用の領収明細書(原本)及び承認書をこの請求書に添付し、申請してください。
2. 医師・看護師等付添人については原則1人分の交通費を算定します。
3. 付添人の医学的管理による費用を支払った場合は療養費として支給します。