

2枚目 (2枚1組)

健康保険

移送費支給申請書

必ず2枚1組で提出してください

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 _____)		
	移送を受けた方の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との続柄	_____
	傷病名	_____		
	発病または負傷の原因	_____		
	発病または負傷の年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
	移送経路	_____		
	移送方法	_____		
	移送年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名 _____) <input type="checkbox"/> 無 (〒 _____)		
	移送に要した費用の額	_____ 円		
	第三者行為によるときはその事実	_____		
	第三者の氏名 及びその住所	氏名 _____ (〒 _____)		

医師・歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	_____		
	付添を必要と認めた理由	_____		
	移送経路	_____		
	移送方法	_____		
	移送年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
	<u>上記のとおり相違ありません。</u> _____ 年 _____ 月 _____ 日			
医療機関の所在地:	_____			
医療機関の名称:	_____			
医師の氏名:	_____	電話	_____ (_____) _____	