

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

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及びその続柄	令和 年 月 日	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	令和 年 月 日		
	移送経路			
	移送方法			
	移送年月日	令和 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			
	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日		
	住所 〒 -			
	医師または歯科医師の 氏名	-----		