

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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 健保 四郎)	
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	平成 22 年 1 月 8 日	続柄(長男)
	傷病名	右大腿骨骨折	
	発病または負傷の原因	サイクリング中に側溝に落下した際に足を強打した	
	発病または負傷の年月日	令和 8 年 1 月 11 日	
	移送経路	広島市安佐北区→広島市中区	
	移送方法	タクシー	
	移送年月日	令和 8 年 1 月 11 日	
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有(氏名)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -	
	移送に要した費用の額	15,000	円
	第三者行為によるときはその事実	氏名 ----- 〒 -	

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	移動困難な患者であって、患者の症状からみて、当該医療機関の設備等では十分な診療が出来ず、医師の指示によって緊急に転院した	
	付添を必要と認めた理由		
	移送経路	広島市安佐北区→広島市中区	
	移送方法	タクシー	
	移送年月日	令和8年1月11日	
上記のとおり相違ありません。		令和 8 年 1 月 20 日	
住所 〒700-0000		広島市安佐北区△-△	
医師または歯科医師の		氏名 △△医院 保健 六朗	

添付書類

- ・医師または歯科医師の意見書
- ・「移送に要した費用の額」に関する証拠書類