

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	☐ 被保険者・ ☐ 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	☐ 有（氏名） 〒 付添人の有無は必ず記入して下さい。 ☐ 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 〒 -	医師に記入を依頼して下さい。		
	医師または歯科医師の 氏名	印		