

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	平成	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	平成	年	月	日	
	移送経路					
	移送方法					
	移送年月日	平成	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。	平成	年	月	日
	住所	〒	-		
	医師または歯科医師の	-----			
	氏名	印			