

健康保険

移 送 費

支給申請書

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	昭和・平成・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					）・ ☐ 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				