

健保組合記入欄	常務理事	事務長	担当者	受付月日	事業主側経由所属						
					長	長	担当者				
移送日		支給金額						円	計算式		入力受付NO.

被保険者
被扶養者

移送費申請書

被保険者番号								被保険者氏名 生年月日	昭・平 年 月 日 生		
被保険者住所								被保険者所属			
対象者						生年月日		昭和 平成 年 月 日 令和	続柄		
傷病名											
発病または 負傷の年月日 (療養開始日)	令和 年 月 日	傷病の原因									
傷病の経過											
移送年月日	令和 年 月 日	移送の方法 および経路		方法 経路							
移送に 要した費用	別紙証ひょう書のとおり			円	付添人の有無	☐ 有→「有」の場合 付添人の氏名 () ☐ 無 付添人の住所 ()					
労働災害該当の有無 (業務上、通勤途上等)		無 ・ 有 ※「有」の場合は労災保険へ申請して下さい。									
第三者行為 によって 負傷したとき	その届出の有無 ある ・ ない		第三者の氏名 及 び 住 所 (不明のときはその旨)								

医師証明欄	移送経路	自	から	至	まで	
	移送方法		移送年月日	令和 年 月 日	移送後 ☐ 入院 ☐ 入院外	
	移送を必要と 認めた理由	症状、その他具体的に記入してください。付き添いがあった時は、付き添いを必要と認めた理由を併記してください。				
	上記のとおり、相違ないことを証明します。 ※記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入下さい。 住所(所在地) 医療機関名 医師氏名  ※押印(肉印)を省略する場合、医師氏名は直筆での記入にご協力ください。					

【備考欄】

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。
