

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					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	1	2	3	4	5	6	7	被保険者氏名 生年月日	健保 太郎 昭・平 52年9月27日生		
被保険者住所	〇〇県△△市□□町 1-2-3							被保険者所属	〇〇株式会社 □□支店 △△グループ		
対象者								生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	続柄	本人
傷病名	※傷病名を記入してください										
発病または負傷の年月日 (療養開始日)	令和 3年4月5日			傷病の原因			※傷病の原因を記入してください				
傷病の経過	※出来るだけ詳細に記入してください										
移送年月日	令和 3年4月5日			移送の方法 および経路	方法	ドクターヘリ					
					経路	〇〇病院(〇〇県)から□□病院(□□県)まで					
移送に要した費用	500,000 円 別紙証ひょう書のとおり			付添人の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 「有」の場合 付添人の氏名 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 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		第三者の氏名 及び住所 (不明のときはその旨)								
	ある ・ ない										

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 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ※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。