

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		人力受付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					
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 令和	年	月	日	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				付添人の有無	<input type="checkbox"/> 有→	「有」の場合 付添人の氏名 ()							
	別紙証ひょう書のとおり					<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)	<input type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 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 ・ <input type="radio"/> 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	Ⓜ							
※押印を省略する場合、医師氏名は自筆での記入願います。									

【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。