

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 移送費申請書
被扶養者

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	円			付添人の有無	「有」の場合 付添人の氏名 () 付添人の住所 ()				
	別紙証ひょう書のとおり			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
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 <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 (印) ※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。