

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		被保険者氏名	昭和・平成	年	月	日	生	印	
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	続柄
傷病名									
発病または負傷の年月日(療養開始日)	平成	年	月	日	傷病の原因				
傷病の経過									
移送年月日	平成	年	月	日	移送の方法および経路	方法			
移送に要した費用				円	付添人の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 「有」の場合 付添人の氏名 () <input 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	平成	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。							
	住所(所在地) 医療機関名 医師氏名	上記のとおり、相違ありません。 印							

【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。