



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 	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△△部		
対象者								生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄 本人
傷病名	傷病名を記入する。										
発病または負傷の年月日(療養開始日)	平成 31年 1月 1日		傷病の原因		傷病の原因を記入する。						
傷病の経過	できるだけ詳細に記入する。										
移送年月日	平成 31年 1月 1日		移送の方法および経路	方法	自動車およびヘリコプター						
				経路	〇〇病院(〇〇県)から □□病院(□□県)まで						
移送に要した費用	800,000 円			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	平成 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。					
	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。 					

【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。