

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容

移送を受けた方	☐ 被保険者・ ☐ 被扶養者（氏名）
移送を受けた方の生年月日及びその続柄	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 続柄（ ）
傷病名	
発病または負傷の原因	
発病または負傷の年月日	令和 年 月 日
移送経路	
移送方法	
移送年月日	令和 年 月 日
付添人の有無 及びその住所	☐ 有（氏名） 〒 -
移送に要した費用の額	円
第三者行為によるときはその事実	
第三者の氏名 及びその住所	氏名 〒 -

医師・
歯科医師記入欄

移送を必要と 認めた理由	
付添を必要と認 めた理由	
移送経路	
移送方法	
移送年月日	
上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日
住所 〒 -	
医師または歯科医師の 氏名	