

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	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 阿込 華子)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	平成 XX 年 XX 月 XX 日 続柄(妻)
	傷病名	急性心筋梗塞
	発病または負傷の原因	不明
	発病または負傷の年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 日
	移送経路	A病院～B病院
	移送方法	救急車にて搬送
	移送年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 日
	付添人の有無及びその住所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名 阿込 太郎)・ <input type="checkbox"/> 無 〒 - 1枚目に同じ
	移送に要した費用の額	〇万 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。		平成 年 月 日
住所 〒 -		
医師または歯科医師の		氏名 印