



## 健康保険 移送費 支給申請書

申請内容	移送対象者の氏名・続柄	氏名	続柄
	移送対象者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 生
	傷病名	※ 臍帯血、骨髄液等の場合は健保組合へ申請前にご連絡ください。	
	移送方法		
	移送経路		
	移送年月日	令和	年 月 日
	移送に要した費用の額	円	
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名) ・ <input type="checkbox"/> 無 〒 -	
	第三者行為又は労働災害等の該当	<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 不該当	
	第三者行為の場合	<input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴行、傷害 ・ <input type="checkbox"/> 業務上 ・ <input type="checkbox"/> その他	
第三者がいる場合	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	令和 年 月 日
	医療機関の所在地	〒 -
医師の氏名		

- 移送に要した費用の領収書(原本)を添付のこと。
- 最も経済的な通常の経路及び方法により搬送された場合の旅費により支給します。
- 臍帯血、骨髄液等の場合は健保組合へ申請前にご連絡ください。