

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 type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)				
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有(氏名)・ <input type="checkbox"/> 無				
		〒 -				
	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					
	〒 -					

同意欄

私は、保険給付の支給可否決定に係る調査のため、貴健康保険組合が関係機関に対して照会を行うこと、ならびに当該決定に必要な情報を提示することについて同意いたします。また、本同意書の写しも有効に取り扱われることに同意いたします。

令和 年 月 日

対象者署名

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