

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	令和 06 年 05 月 10 日 続柄（本人）
傷病名	急性腸炎
発病または負傷の原因	腹痛のため
発病または負傷の年月日	令和 06 年 05 月 10 日
移送経路	〇〇市 〇〇内科 → △△市 △△総合病院
移送方法	タクシー
移送年月日	令和 06 年 05 月 10 日
付添人の有無 及びその住所	☐ 有（氏名） 〒 - ☒ 無
移送に要した費用の額	50,000 円
第三者行為によるときはその事実	なし
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	医師記入欄
移送方法	
移送年月日	
上記のとおり相違ありません。	
住所	年 月 日
医師または歯科医師の 氏名	