

健 保 処 理 欄	支給決定並びに支出伺				年	月	日
	支給額	円	決 裁	常務理事	事務長	担当者	
	資格取得日	年	月	日	資格喪失日	年	月

**被保険者  
被扶養者**      **移送費支給申請書**

※ 和暦でご記入ください

① 被保険者等 記号・番号		② 事業所名	
③ 移送が被扶養者に 関するときは その者の	氏名		被保険者 との続柄
	生年月日	年 月 日	
④ 傷病名		⑤ 発病又は負傷の 年月日	年 月 日
⑥ 発病又は負傷の 原因		⑦ 第三者の行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合は「第三者行為による 傷病届」を提出してください
⑧ 診療を受けた 医療機関等	名称		
	所在地		
	医師の氏名		
⑨ 移送経路、 移送方法、 移送期間 および 費用の請求	移送経路		
	距離	km	利用交通機関
	移送後	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	移送先
	移送期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	移送回数	回	移送に要した 費用の額
⑩ 移送を必要と する理由	(症状、その他具体的に記入してください。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。)		
⑪ 付添人の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	付添人の氏名	付添人の住所
上記の通り申請します。			
⑫	年 月 日	申請者	住所
		氏名	
	クラレ健康保険組合理事長 殿	電話	
⑬ 確認欄	<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人（被保険者）が作成したものです。		

<添付書類>

- ① 移送に要した費用の領収書、および、その明細のわかるもの
- ② 以下の事項を記載した医師の意見書
  - ・ 移送を必要と認めた理由（付添いがあったときは併せてその付添いを必要と認めた理由）
  - ・ 移送経路、移送方法および移送年月日
  - ・ 診療年月日
  - ・ 医師の記名および押印
- ③ 領収書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文