

※健保記入欄

記入例

被保険者
被扶養者

移送費支給申請書

※色づきの部分をご記入ください

※ 和暦でご記入ください

① 被保険者等 記号・番号	〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	② 事業所名	大阪	
③ 移送が被扶養者に 関するときは その者の	氏名	健保 花子		被保険者 との続柄	妻
	生年月日	〇年 〇月 〇日			
④ 傷病名	大腿骨骨折		⑤ 発病又は負傷の 年月日	〇年 〇月 〇日	
⑥ 発病又は負傷の 原因	登山中に滑落		⑦ 第三者の行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <small>※「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</small>	
⑧ 診療を受けた 医療機関等	名称	〇〇病院			
	所在地	〇〇市〇〇町〇-〇			
	医師の氏名	〇〇 〇〇			
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	〇〇市から〇〇市まで			
	距離	30 km	利用交通機関	タクシー	
	移送後	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	移送先	〇〇総合病院	
	移送期間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで 1 日間			
	移送回数	1 回	移送に要した 費用の額	15,000 円	
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。) 歩行困難な状態であり、医療機関の設備では十分な診療ができず、医師の指示で緊急に 転院したため。歩行困難なため付添介助人として看護師1名が同行した。				
⑪ 付添人の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	付添人の氏名	付添人の住所		
		〇〇 〇〇	〇〇市〇〇町〇-〇		
⑫	上記の通り申請します。				
	〇年 〇月 〇日	申請者	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 宝塚市中山台 1 - 1 - 1	
			氏名	健保 太郎	
	クラレ健康保険組合理事長 殿		電話	〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
⑬ 確認欄	<input checked="" 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