

健康保険 移送費承認申請書

被 保 険 者	所 属 事 業 所	
	記 号 ・ 番 号	28 -
	氏 名	印

常務理事	事務長	審査	担当者

承 認 日			
令和	年	月	日

【申請内訳】

移 送 が 必 要 な 人	☐ 被保険者(本人) ☐ 被扶養者(家族)				
移 送 を 受 け た 人 が 家 族 の 場 合	氏 名		才	被保険者 との続柄	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和	年 月 日		
傷 病 名			発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和 年 月 日	
移送を必要とする理由			事前に申請することができなかった理由		
第 三 者 行 為 に よ る も の で す か	☐ はい ※「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。 ☐ いいえ				

医 師 記 入 欄	傷 病 名		移 送 年 月 日	令和 年 月 日	
	移 送 を 必 要 と 認 め る 理 由				
	移 送 の 方 法 お よ び 区 間				
	令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 印				

- 移送費を申請するには、下記のいずれにも該当する必要があります。
- ①移送の目的である療養が保険診療として適切であること。
 - ②患者が療養の原因である病気・けがにより移動が困難であること。
 - ③緊急その他やむ得なかったこと。