

下記により請求します

被保険者 移送費承認申請書及び
家 族 移送費請求書

被 保 険 者	勤務先事業所		
	保 険 証 記号・番号	記号	番号
	フリガナ		
	氏 名		

申 請 者 記 入 欄	患者が被扶養者の場合に記入	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	被保険者との続柄
	傷 病 名	発病又は負傷の年月日及び傷病の経過概況		
		年 月 日発病(負傷)		
		傷病の原因・診療又は手当の内容		
	移 送 年 月 日	平成 年 月 日		
	移送に要する費用	円 (領収書の原本添付)		
	移送の方法	(方法)		
	移送の区間	自 至		
	第三者の行為によって負傷したものであるか否か	ある ない	第三者の行為によって負傷した時は	
	その事実の届出の有無	ある ない		
第三者の氏名と住所				
不明のときはその旨				
医 師 証 明 欄	移送を必要とする理由			
	上記のとおり相違ないことを証明する 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師氏名			