

被保険者氏名

記入方法については「記入の手引き」をご確認ください。

申請内容

移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	
家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日) <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。	(原因および経過) 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。
診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所(病院)の	名称	診療を担当した医師等の氏名
	所在地	
移送経路、移送方法、移送期間および費用の請求	移送経路	(フリガナ) から (フリガナ) まで
	移送後	<input type="checkbox"/> 0. 入院 <input type="checkbox"/> 1. 入院外
	移送先	
	移送期間 (支給期間)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで
	移送回数	回 移送に要した費用の額 円
	距離	km 利用交通機関
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。	
付添人の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 付添人の氏名 付添人の住所 <input type="checkbox"/> 無	

様式番号

6 8 1 2 1 6