

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

1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)

家族の場合
はその方の

氏名

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
(療養開始日)

- 平成
 令和

発病の原因
および経過
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

第三者の行為によるものですか

- はい 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

(フリガナ)

(フリガナ)

から

まで

移送経路、
移送方法、
移送期間
および費用の
請求

移送後

0. 入院
 1. 入院外

移送先

移送期間
(支給期間)

- 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
 令和 令和

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

- 有

→

付添人の
氏 名

付添人の
住 所

- 無

様式番号

6 8 1 2 1 6