

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

電子申請用

被保険者記入用

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	氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			
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			
発病の原因 および経過 (詳しく)	(原因および経過) 1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。			
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 所在地	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 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和	日間
	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 → <input type="checkbox"/> 無	付添人の 氏名	付添人の 住所	

様式番号

6 8 1 2 1 6

⑩



全国健康保険協会
協会けんぽ

(2026.1)