

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

年

月

日

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)

から

まで

移送後

- ☐ 0. 入院  
☐ 1. 入院外

移送先

移送期間  
(支給期間)

- ☐ 平成  
☐ 令和

年

月

日から

- ☐ 平成  
☐ 令和

年

月

日まで

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

☐ 有

→

付添人の  
氏 名付添人の  
住 所☐ 無

様式番号

6 8 1 2 1 6

©