

申請内容	移送を受けた方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	昭和 60 年 1 月 1 日 続柄(本人)
	傷病名	〇〇病
	発病または負傷の原因	発病・負傷の原因を記入してください
	発病または負傷の年月日	令和 3 年 5 月 14 日
	移送経路	〇〇駅 ~ ××駅 移送した区間を詳細に記入してください
	移送方法	新幹線
	移送年月日	令和 3 年 5 月 17 日
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有(氏名)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	〇〇,〇〇〇 円
第三者行為によるときはその事実		
第三者の氏名及びその住所	氏名 〒 -	

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	医師の証明をもらってください
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日
	住所 〒	
	医師または歯科医師の 氏名	印