移　送　費
家族移送費

支給申請書

令和　　年　　月　　日 提出

事　務　長	担　当　者	担　当　者	担　当　者

支給決定額	移　　送　　費	¥

被保険者証等記号番号 —	氏名 印	
現　住　所	〒	
傷　病　名		発病または負傷年月日 令和　　年　　月　　日
発病または負傷の原因	傷病の原因がケガによる時は別紙負傷原因報告書を添付すること 第三者行為による時は別途届出をすること	
移送の経緯		
移送を受けた経路（区間）		
移送期間 移送費用	令和　　年　　月　　日 令和　　年　　月　　日　　回 入院・外来	交通機関
	距離	移送に要した費用 円
診察を受けた医師の氏名		医療機関名称 所在地
被扶養者のときはその氏名		昭和 平成 令和　　年　　月　　日　　生 続柄

証明欄	所属長	役職 氏名　　印	事業主または代務者	印

受領委任欄	請求金額の受領を上記事業主（または代務者）に委任します。 （上欄と同一の印鑑を使用すること）　　被保険者 氏　名　　印

領収書を添付して下さい。

別途、経路地図等添付書類をお願いする場合があります。

移送費申請　医師意見書

患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

昭和・平成・令和　　年　　月　　日　生

傷　病　名		移　送　日	令和　　年　　月　　日
移送を必要として認めた理由 （病状など具体的に）			
移送後入院したときはその期間及び医療機関名	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで 日間	入院した医療機関名	
移送を指示した方法（交通機関）			
医師や看護師の付き添いがあったときの付き添い者氏名	医師・看護師		

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和　　年　　月　　日

医療機関住所・名称

医　師　名　　印