

移送費  
家族移送費

支給申請書

令和 年 月 日 提出

支給決定額	移送費	¥
-------	-----	---

事務長	担当者	担当者	担当者

被保険者証記号番号		部署番号		氏名番号及び氏名		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、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 回 令和 年 月 日 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 年 月 日 生 平成 年 月 日 生 令和 年 月 日 生		続柄		
証明欄	所属長	役職 氏名		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 <span style="float: right;">印</span>		