保険証等記号番号　　被保険者氏名

（　　－　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名古屋鉄道健康保険組合
給付担当

移送費の申請について

移送費は、厚生労働省令で定める条件があります。

① 移送の目的である療養が保険診療として適切であること。

② 患者が当該療養の原因である負傷、疾病により移動困難であること。

③ 緊急その他やむを得ないこと。

以上のいずれにも該当することが必要です。

申請していただけるか検討させていただきますので、下記の事項についてご回答下さい。

記

問１．　患者氏名

問２．傷病名及びその原因

問３．発病または負傷年月日

問４．移送年月日

問５．移送元の医療機関名と所在地

問６．移送先の医療機関名と所在地

問７．移送経路及び移送方法

問８．移送距離

問 9．移送に要した費用の額（内訳も記入して下さい。）

問 10．移送の理由（できるだけ詳しく）

以上のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印