記 入 例

移送費を請求する場合（健康保険組合が必要と認定した場合に支給）

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 1 — 12345	氏名 名 鉄 太 郎　　㊞		
現　住　所	〒123－4567 名古屋市中村区名駅1－2－3		
傷　病　名	心筋梗塞	発病または負傷年月日 令和 1 年 5 月 14 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 5月より体調不良で入院。上記疾病と診断された。 （事故の場合は、状況もお願いします） 第三者行為による時は別途届出をすること		
移　送　の　経　緯	A病院にて入院療養中であったが、緊急手術のためB病院へ転院。		
移送を受けた経路（区間）	名古屋市中村区のA病院から、名古屋市西区のB病院		
移送期間 移送費用	令和 1 年 6 月 1 日 令和 年 月 日 入院・外来　1回	交通機関 A病院の患者搬送車	
	距離 約10km	移送に要した費用 領収書の金額を記入して下さい　円	
診察を受けた医師の氏名	わかれば記入して下さい	医療機関名称 所在地	受診した病院名と所在地を記入して下さい
被扶養者のときはその氏名	被扶養者の時は記入してください	昭和 平成 令和　年　月　日生	続柄

証明欄	所属長	役職 氏名　印	記入・押印して下さい	事業主または代務者	記入・押印して下さい　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　名 鉄 太 郎　㊞

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

これは医療機関で書いてもらって下さい。

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