

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

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 1 - 12345	部署番号 119	氏名番号及び氏名 名 鉄 太 郎 ⑩	
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 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つたが、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 年 月 日 平成 生 令和 続 柄	
証 明 欄	所 属 長 氏 名	役 職 記入・押印して下さい 印	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 ⑩		

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ください。

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					