

移送費支給申請書

被保険者等 記号		番号	
被保険者氏名	昭・平 年 月 日生		

移送を受けた方

フリガナ 氏名	昭・平・令 年 月 日生		被保険者との続柄() ※子の場合は、長男、次男、のように記入
傷病名			
発病、負傷の原因 およびその経過	上記の負傷は第三者の行為によりますか → いいえ・はい (別途届出が必要)		
移送年月日	令和 年 月 日	移送に要した費用	円
移送元		移送先	
移送の経路 及び方法			
付添人氏名	患者との関係 ()		
<p>上記金額の受領を左記のものに委任します。 委任者</p> <p>下記□を確認✓</p> <p><input type="checkbox"/> この提出について申請者本人が作成しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 記載内容に誤りがないか確認しました。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者氏名 _____</p>			

注意事項

- ① 移送に要した費用の領収書(原本)を添付してください。
- ② 医師意見書が外国語の場合は翻訳者名記載の翻訳文を添付してください。

事業所確認	

以下は健保組合使用欄

受付印

支給印

常務理事	事務長	担当者

移送を必要とする保険医の意見書

患者氏名	昭・平・令 年 月 日生
傷病名	
移送を必要とした理由	
移送年月日	令和 年 月 日
移送元	所在地
	名称
移送先	所在地
	名称
移送の経路と方法	
付添を必要とした 場合はその理由	
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地</p> <p>担当医師名</p>	

※移送を必要とした理由は、下記状況がわかるように具体的に記入してください。

- ①当該医療機関の設備等では適切な保険診療が受けられない。
- ②患者が療養の原因で移動が著しく困難である。
- ③緊急・やむを得ない。