

移送費の支給を受けるためには、次の3つの要件をすべて満たしていることが必要となります。

- 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 移送の原因である疾病、負傷により、移動が著しく困難であること
- ③ 緊急その他やむを得ない移送であること（普段の通院に使用するタクシー代などは支給対象外）

(訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません)

被 保 険 者 （ 請 求 者 ）	① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	② 被保険者 (請求者)の 氏名・生年月日	(フリガナ)
		-			
				昭・平・令	年 月 日
	③ 被保険者 (請求者) の現住所	〒 [][][][] - [][][][]			日中連絡のとれる電話番号
				自宅	- -
				携帯	- -
④ 事業所名称					

移 送 費 の 申 請 内 容	⑤ 移送対象者	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日	
		被保険者 との続柄		性別 男・女	⑥ 傷病名		
	⑦ 移送の方法	(例 患者輸送車 等)			⑧ 移送年月日	令和	年 月 日
	⑨ 移送に要した 費用		円	⑩ 移送の回数		回	
	⑪ 移送の経路	移送元 (例 ○○県○○市△△ ○○病院)			移送先 (例 ○○県△△市○○ △△総合病院)		
⑫ 移送を必要とする理由	症状等を具体的に記入ください。また付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を記入ください。						

疾 病 ・ 負 傷 の 原 因	⑬ 原因 ※該当番号に○	1. 病気 2. 怪我 (自損 ・ 交通事故 ・ 暴行、傷害) 3. その他 ()								
	⑭ 発病・負傷年月日	平・令 年 月 日 (怪我のとき:午前 ・ 午後 時頃に負傷)								
	⑮ 「2.怪我」に 該当する方は 具体的な状況 と☑を記入	(例 離島で岩場から単独で転落し負傷 等)								
	第三者行為の確認	<input type="checkbox"/>	相手がない	<input type="checkbox"/>	相手がある ※1	労災の確認	<input type="checkbox"/>	私用	<input type="checkbox"/>	労災 ※2

※1 原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合「第三者の行為による傷病届」等が必要です。該当する方は第三者行為相談室(0120-732-255)へお問合せください。
スポーツ中の怪我等で相手への損害賠償請求が生じない場合は「相手がない」を選択してください。

※2 通勤・退勤途中または業務中の怪我や病気は労災適用のため健康保険の対象になりません。勤務先へお問合せ下さい。

給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に☑をご記入ください	
<input type="checkbox"/>	会社振込  私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
<input type="checkbox"/>	個人(請求者)口座  被保険者(請求者)の個人口座への振込を希望します。

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。

(12桁)

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支 払 金 融 機 関	銀行・農協	本店	預金種別
	信金・信組	支店	普通・当座
	金融機関コード	店番号	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合 は8ケタの通帳番号)	フリガナ	
	口座名義		

受付日付印

<input type="checkbox"/>	 マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。
--------------------------	---

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

【医師による意見欄】

(訂正がある場合は医師が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。医師以外の訂正は認められません)

医師の意見欄	① 移送対象者	氏 名			
		生 年 月 日	昭	平	令
			年	月	日
	② 傷 病 名				
	③ 移 送 の 方 法	(例 患者輸送車 等)			
	④ 移 送 年 月 日	令 和	年	月	日
	⑤ 移 送 費 用				円
	⑥ 移 送 の 経 路	移送元 (例 ○○県○○市△△ ○○病院)	から	移送先 (例 ○○県△△市○○ △△総合病院)	まで
	⑦ 移 送 の 回 数				回
	⑧ 移 送 を 必 要 と し た 理 由	症状等を具体的に記入ください。また付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を記入ください。			
上記のとおり移送の必要を認めます。 ① 令和 年 月 日					
医療機関	住所(所在地)	〒			
※3	① 名称				
	② 医師氏名	連絡先	()		
※医療機関の名称・所在地はゴム印(スタンプ等)を使用してください。					

※3 原則、移送元の医療機関による証明です。ただし、移植に伴う骨髄や臓器の搬送の場合は移送先の医療機関による証明です。