

国民健康保険 移送費（承認・支給）申請書

|                                                                                                  |                    |                                                                           |                                                 |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---|
| 記号・番号                                                                                            |                    | 08      —      —      —                                                   |                                                 |   |
| 移送を受ける又は<br>受けた被保険者                                                                              |                    | 氏名                                                                        |                                                 |   |
|                                                                                                  |                    | 生年月日                      年                      月                      日 |                                                 |   |
|                                                                                                  |                    | 個人番号                                                                      |                                                 |   |
| 医師等の記入欄                                                                                          | 傷病名                |                                                                           |                                                 |   |
|                                                                                                  | 発病又は<br>負傷年月日      | 年                      月                      日                           |                                                 |   |
|                                                                                                  | 移送前の医療機関<br>入退院年月日 | 入院:                                                                       | 年                      月                      日 |   |
|                                                                                                  |                    | 退院:                                                                       | 年                      月                      日 |   |
|                                                                                                  | 移送先<br>医療機関        | 所在地:                                                                      |                                                 |   |
|                                                                                                  |                    | 医療機関名:                                                                    |                                                 |   |
|                                                                                                  |                    | 移送年月日:                                                                    | 年                      月                      日 |   |
|                                                                                                  | 移送区間               | 自宅・(                      )病院・(                      )診療所から               |                                                 |   |
|                                                                                                  |                    | (                      )病院・(                      )診療所まで                  |                                                 |   |
|                                                                                                  | 移送方法               |                                                                           | 費用(見積)額                                         | 円 |
| 意見欄のとおり、移送の必要を認めます。<br>令和      年      月      日<br>住所<br>.....<br>.....<br>氏名<br>.....<br>.....   |                    |                                                                           |                                                 |   |
| 上記のとおり、申請します。<br>令和      年      月      日<br>申請者(世帯主) 住所<br>.....<br>氏名<br>.....<br>個人番号<br>..... |                    |                                                                           |                                                 |   |

(注意事項)  
①移送費は原則として、事前申請となっております。  
②移送費の支給を申請するときは、領収書を提出していただきます。

## 移送を必要とする意見欄

【移送を必要と認める又は認めた理由】

【症状詳記欄】

(医師へ注意事項)  
「自宅から移送を必要とする理由」又は「転医せざるを得ない理由」及び  
症状詳記欄については、できるだけ詳しくご記入ください。