

年度別	年度	受付	年 月 日	番号	第 号		
決 裁	常務理事	下記のとおり支給決裁して差し支えありませんか	起 案	事務長	担 当	起 案	年 月 日
						決 裁	年 月 日
支 給 金 額			備				
円			考				

被保険者
被扶養者 **移送費支給申請書**

被保険者証記号番号	事業所名及び所属課係	年 月 日 時頃	
	〒	どこで・どうした	
傷病名		発病又は 負傷年月日 及び原因	
被扶養者が移送を受けたときは、その方の	氏名	日 被保険者との続柄	
傷病が第三者の行為によるものであるかどうか	有 無	有 ・ 無	
診療等の支給または手当を受けた病院	名称	の証明	
	所在地		
移送を受けた区間、移送期間および費用の請求	区間		
	移送期間（支給期間）		移送回数
	自 年 月 日 至 年 月 日	回	移送後 入院 ・ 入院外
	移送に要した費用の額	距離	利用交通機関
	円	km	(備考)
振込希望金融機関	金融機関名及び支店名（フリガナ）	預金種類	口座番号
	銀行・信金 信組・農協		
上記の通り申請し、給付金の受領方を () に委任します。 〒			
年 月 日	勤務先の名称 退職者、任意継続の方は記入不要		
デンカ健康保険組合理事長 殿 (氏名)			

ご記入ください

退職者、任意継続の方はご記入ください

勤務先の名称
退職者、任意継続の方は記入不要

移送を必要とした意見書

傷病名		療養開始日	年	月	日	
必要と認めた移送の明細		移送の年月日	区間		回数	距離
	1	年 月 日		から まで		Km
	2	年 月 日		から まで		Km
傷病の経過 および 具体的な 処置の概要	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> 医師に記入してもらって ください </div>					
傷病の現状 および 処置内容						
移送を 必要と認めた 理由	(ご記入頂く際は、下記【支給要件】にご留意下さい)					
上記の理由で移送の必要を認めました。			平成	年	月 日	
医療機関名						
所在地						
医師氏名			印			
電話番号 ()						

【添付書類】

1. 支払の事実及び金額(運賃等の内訳)等がわかる領収書(原本)
2. (第三者による傷病の場合)「第三者による傷病届」

【支給要件】

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. 移送の目的である傷病により、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こと。

【支給額】

1. 最も経済的な通常の経路および方法により、移送された場合の費用として保険者が算定した額。
(実際にかかった額が移送費として算定した額を超えた場合、差額は患者負担となります。)
2. 医師、看護師等付添人に係る費用については医師が医学的管理の必要と判断した場合に限り、原則1人分の片道交通費が支給されます。
(付添人の日当等の人件費等は「療養費」として支給されます。)