

移送費・家族移送費請求書

組合員又は被扶養者が、公務によらない病気やケガのため、病院などへ移送された場合で次の要件のいずれにも該当すると共済組合が認めた場合に**移送費・家族移送費**が支給されます。

- ① 移送の目的である診療が保険診療として適切であること
- ② 患者が当該療養の原因である負傷、疾病により移動が困難であること
- ③ 緊急その他やむを得ないこと

【支給金額】

最も経済的な通常の経路及び方法で移送された場合の旅費に基づいて算定した額ただし、現に要した費用の金額を限度とします。

※医師など付添人については、医師が医学的管理の必要があると判断した場合に限り原則として1人分が療養費として支給されます。（医学的管理等に要する費用も対象となります。）

給付決定書									
令和	年度	保健給付	種別	移送費・家族移送費					
※	金額							起案年月日	年月日
								執行年月日	年月日
上記の金額を支給する。									
事務局長	次長	課長	課長補佐	係長	主任	係			
備考									
移送費・家族移送費 請求書									
組合員証	組合員氏名	共済 太郎		所属機関名	〇〇〇〇				
記号	536	番号	25	氏名					
移送当氏名	共済 幸雄			生年月日	S・H・R 30年4月5日		寮コード		
傷病名	胃癌			傷病又は負傷の原因	不詳				
薬病又は負傷	平成	〇年4月3日		療養に要した費用	25,500円	請求金額	25,500円		
移送の方法・移送の経路については、「移送を必要とする意見書」に記載。									
移送した日を記入してください。									
〇年4月10日		住所	〇〇市 藪田南5-14-53						
請求者		氏名	共済 太郎						
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。									
〇年4月10日		職名	〇〇〇〇長						
所属所長		氏名	△△△△						

1. この請求書には、医師の意見書及び移送に要した費用に関する証憑書類（領収書）を添付してください。
 2. 請求金額は、傷病の状態に応じて最も経済的な交通機関の運賃で計算された額を記入してください。
 3. 空欄は記入しないでください。

移送を必要とする意見書									
組合員証	組合員氏名	共済 太郎		所属機関名	〇〇〇〇				
記号	600	番号	1234	氏名					
移送当氏名				生年月日	S・H・R 年月日		寮コード		
傷病名				傷病又は負傷の原因					
移送を必要とする理由()									
医師の証明を ここの下には いたしません。 い 医師の証明を ここの下には いたしません。 い									
移送に関して付添人が必要()									
付添人氏名()									
(注) 付添人については医師が医学的管理の必要があると判断した場合に限り原則として1人分の交通費が算定される。									
移送の経路 (患者の状態に応じて必要な医療を行う最寄りの医療機関まで最も経済的な経路)									
移送の方法 (患者の状態に応じて必要な医療を行う最寄りの医療機関まで最も経済的な経路での最も経済的な交通機関を使用)									
備考									
上記に掲げる理由等で、移送が必要であると認めます。 年月日									
所在地 保険医療機関 名称 医師氏名									

【添付書類】

- ・ 移送を必要とする意見書
- ・ 領収書(原本)