

次のいずれにも該当する場合

- 保険診療として適切な医療を受けるために移送が行われたこと
- 患者が負傷・疾病により著しく移動が困難であること
- 緊急その他やむを得ない事情があること

(移送費にあたらぬもの)

例:旅行先で負傷し、救急処置後(手術後容態が安定等)
自宅近くの医療機関へ転院するための移動費用

被保険者 記入欄	被保険者の欄	記号(1か2か3) <input type="checkbox"/>	番号(保険者番号06270748ではありません) <input type="text"/>	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ) _____			印	
	受領委任 について	本申請に基づく給付金に関する受領を、事業主に委任します。 (健康保険組合→事業主→本人口座)				委任します 印
	届出委任 について	※届出を事業主に委任される場合(右の承認印を押印) 添付書類をそろえて事業主へ提出し事業主から健保へ ※届出を事業主に委任しない場合(右の委任の承認印は押印不要) ①被保険者の記号、番号、氏名を記入し事業主へ提出 ②事業主から受領代理人である事業主印を押印されたものを受取る ③残りの必要事項を記入し、添付書類と一緒に被保険者から直接健康保険組合へ届出を行う				委任します 印
	受診した 方の	氏名	続柄	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	区間					
	移送日	年 月 日	移送に要した費用	円		

医師の 証明欄	傷病名				
	傷病の経過 および現状				
	移送を必要と する理由				
	上記のとおり証明します。 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話番号 ()	年 月 日	印		

事業主 証明欄	受取代理人であることを証明します。 事業所所在地 事業所名称 事業主名	年 月 日	印	TEL ()
------------	--	-------	---	---------

【添付書類】支払明細のわかる領収書

大阪ガス健康保険組合

受付日付印

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。