

様式 20 の 1 の 3

救急患者連携搬送料に係る届出書添付書類
(8 月 報 告)

(令 和 7 年 8 月 1 日)

都道府県名

医療機関コード

※レセプトに記載する 7 桁の数字を記載すること。

保険医療機関名

1 救急用の自動車等による搬送受入の実績	期間：2024 年 1 月～12 月	
	上記期間における救急用の自動車等による搬送の受入件数： () 件	
2 他の保険医療機関等との連携状況	受け入れ先の候補となる 保険医療機関名	救急患者連携搬送料を算定する要件を満たし当該保険医療機関に対して搬送を行った患者数 期間：2024 年 8 月 ～ 2025 年 7 月
	()	入院中の患者以外の患者：(名) 入院中の患者：(名)
	()	入院中の患者以外の患者：(名) 入院中の患者：(名)
	()	入院中の患者以外の患者：(名) 入院中の患者：(名)
	()	入院中の患者以外の患者：(名) 入院中の患者：(名)
	()	入院中の患者以外の患者：(名) 入院中の患者：(名)

〔記載上の注意〕

- 1 「1」については、届出を行う年度の前年 1 年間（2025 年度に届け出る場合は、2024 年 1 月～12 月の 1 年間）の救急用の自動車等による搬送の受入件数を記載すること。
- 2 「2」については、届出を行う年月の直近 1 年間における他の保険医療機関への搬送件数を記載すること（救急患者連携搬送料の算定要件を満たす場合は、届出を行う以前の件数を含むこと。）。