

支給額	円	支払年月日	令和 年 月 日
資格取得	昭・平・令 年 月 日	資格喪失	令和 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当

健康保険 移送費 支給申請書

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	マイナンバー	
	氏名	(フリガナ)	生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日
住所	(〒 -)		TEL	() -

※任意継続被保険者は、以下にご本人名義の振込先をご記入ください。

振込口座	銀行 金庫 信組 農協 漁協		本店 支店 出張所
	普通	口座番号	口座名義

申請内容	移送を受けた方	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 氏名 () 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 続柄 ()
	傷病名	発症又は負傷年月日 令和 年 月 日
	発病又は負傷の原因	
	移送経路	移送元: から 移送先: まで
	移送の手段及び距離	手段: 専用車 ・ 鉄道 ・ その他 () 距離: km
	移送期間及び回数	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (回数 回)
	付添人の有無 およびその住所	☐ 有 (氏名) ・ ☐ 無 〒 -
	移送に要した費用の額	円
	第三者行為によるときはその事実	
第三者の氏名及びその住所	氏名 〒 -	

医師・ 歯科医師 記入欄	移送を必要と 認めた理由	
	付添いを必要と 認めた理由	
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	診療年月日
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日
住所 〒 -		
医師または歯科医師の 氏名		

事業主 証明欄	上記のとおり相違ないことを証明する。 請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ給付します。		令和 年 月 日
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		

委任状	給付金の受領を上記事業主に委任します。	令和 年 月 日
	氏名 (自署)	※任意継続被保険者は記入しないでください。

受付日付印

添付書類

・移送の費用を自己負担していることが確認できる領収書（原本）及びその内訳別の費用額が記載されたもの

移送費

病気やけがで移動が困難な患者が、医師の指示で一時的・緊急的が必要があり、移送された場合は、移送費が現金給付として支給されます。

※支給要件

移送費の支給は、次のいずれにも該当すると保険者が認めた場合に行われます。

- ・移送の目的である療養が、保険診察として適切であること。
- ・患者が、療養の原因である病気やケガにより移動が困難であること。
- ・緊急・その他、やむを得ないこと。

※支給額

- ・移送費の額は、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の旅費に基づいて算定した額の範囲での実費です。
- ・なお、必要があつて医師等の付添人が同乗した場合のその人の人件費は、『療養費』として支給されます。

記入例

申請内容	移送を受けた方	☐ 被保険者 ☒ 被扶養者 氏名 (健保 花子) 生年月日 昭和 平成 △ 年 △ 月 △ 日 続柄 (妻)
	傷病名	脳出血(妊娠××週) 発症又は負傷年月日 令和 × 年 × 月 × 日
	発病又は負傷の原因	不明
	移送経路	移送元: 〇〇産婦人科医院 から 移送先: △△総合病院 まで
	移送の手段及び距離	手段: 専用車 ・鉄道・その他 () 距離: 15 km
	移送期間及び回数	令和 × 年 × 月 × 日 から 令和 × 年 × 月 × 日 まで (回数 1 回)
	付添人の有無 およびその住所	☒ 有 (氏名 健保 太郎) ・ ☐ 無 〒 ××× - ×××× 東京都〇〇〇 ×-×-×
	移送に要した費用の額	××,××× 円
	第三者行為によるときはその事実	
	第三者の氏名及びその住所	氏名 〒 -