

☐ 被保険者
☐ 被扶養者(家族)

移送費支給申請書

常務理事	事務長	担当者

1/2 枚目

被保険者記入欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先	
	会社・事業所名		部署名	
	被保険者氏名		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	被保険者住所			
	移送対象者氏名 続柄	続柄	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	傷病名			
	発病/負傷の原因 及びその経過			
	傷病原因 (該当する回答に☑)	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> それ以外 () <input type="checkbox"/> 第三者行為		
	発病/負傷の年月日	令和 年 月 日	移送日	令和 年 月 日
	移送期間	令和 年 月 日 から	移送に要した費用	円
		令和 年 月 日 まで	移送方法	
	移送区間	から	移送先	病院
		まで	移送後	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外
	距離	Km	移送回数	回
在職中の給付金支払い に関する同意		<input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。		

添付書類：申請書にホチキス留めして下さい。

① 移送に要した費用の領収書原本（宛名のあるもの）および、その明細のわかるもの

退職後に請求する場合に記入（任意継続者：記号9990は記入不要）

金融機関コード	銀 行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支 店 本 店 出張所	種目 普通預金	口座番号	フリガナ 口座名義人

ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。

健 保 記 入 欄	支給額		支給日	令和 年 月 日
	備考			

移送を必要とした医師の意見書

訂正がある場合は医師が訂正・訂正印
医師以外の訂正は認められません

2/2 枚目

医師意見欄	移送対象者氏名		生年月日			
	傷病名					
	移送方法				移送回数	回
	移送期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	移送距離	km
	移送を認めた区間	～				
	移送先	病院	移送後	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外		
	移送を必要とした理由					
	症状・その他、具体的に記入してください 付添人が必要な場合は人数と必要な理由も併記してください					
付添人の有無	<input type="checkbox"/> 有 付添人の氏名 付添人の住所					
	<input type="checkbox"/> 無					
上記のとおり移送を必要と認めました。						
所在地 令和 年 月 日						
医療機関名						
医師名 ㊞						
電話番号 ()						

移送費支給申請書について

1、移送費の支給対象

次のすべてに該当すると当健保が認めた場合

- ・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
- ・療養の原因である病気やけがにより移動困難であること
- ・医師の指示により緊急その他やむを得ないこと

2、移送費の支給対象外

- ・通常のタクシー、救急車での移送
- ・通院や検査のための移送
- ・本人の希望による転院のための移送
- ・家族の都合による移送(自宅近くの病院等へ転院するためなど)
- ・病院の都合による移送(長期的な医療管理、リハビリに対応してないなど)
- ・その他一時的、緊急的と認められない場合

上記以外の場合であっても、医師の意見書に移送費の支給対象であることの詳細な記載が無い場合は、支給対象外となる場合があります。

3、申請書に添付する書類

- ① 移送に要した費用の領収書原本(宛名のあるもの)および、その明細のわかるもの
- ② 医師の意見書

※ 支給される額は、最も経済的な通常の経路および方法により、移送された費用を基準に算定された額の範囲内での実費となります。

(算定された基準額を超えた場合、差額は患者負担となります)