

移送費支給申請書 記入例

注：骨髄液又は臍帯血等の搬送に係る申請は「療養費支給申請書」をご使用ください。

移送費支給申請書について 移送費の支給は、「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」「患者が療養の原因である病気・けが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」という条件の、いずれにも該当すると健康保険組合が認めた場合にのみ行われます。通院など一時的、緊急的と認められない場合は、支給の対象となりませんのでご注意ください。

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 1 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。
- 2 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所、振込先口座も同様です。）
- 3 マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は を付けてください。（被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。）
注：マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 4 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
- 5 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当健康保険組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。
- 6 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、被保険者との戸籍上の続柄をご記入ください。
- 7 発病又は負傷の原因が骨折等の外傷性の場合は、別途「負傷届」を提出してください。
- 8 ①の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

添付書類

- 1 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の原本及びその内訳別の費用額が記載されたもの
- 2 移送の経路及び手段、距離、期間（移送日）、回数などの移送内容の詳細を確認できるもの

健康保険 被保険者 移送費 支給申請書 家族

1 被保険者等 記号・番号	記号 987	番号 654321	事業所名称 (株)〇〇〇〇
	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ		
2	氏名 健保 太郎 (押印不要)	生年月日 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日	電話番号 (日中の連絡先) 090 1234 〇〇〇〇
	住所 〒110-0000 東京都墨田区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号		

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

3 振込先	金融機関名称 〇〇〇〇 (銀行・信託・郵便・その他)	預金種別 普通 当座・その他
	口座番号 △△△△ (支店・出張所・その他)	口座名義 1234567
4 委任状	口座名義 (カタカナで記入) ケンポ タロウ	口座名義区分 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人
	公金受取口座 <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)	

4 委任状	被保険者 (申請者) 氏名	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人) 氏名	住所	被保険者との関係 ()

6 申請内容	受診者 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	5 三者行為によるものですか ※ はい・いいえ
	家族の場合はその方の 氏名 健保 花子 生年月日 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日 続柄 (妻)	
7	傷病名 脳出血(妊娠〇〇週)	発病又は負傷年月日 平成 〇〇 年 8 月 5 日
	発病又は負傷の原因 不明 (けがの場合は「負傷届」の添付が必要となります)	
8	移送の経路 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: <input type="checkbox"/> 専用車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input checked="" type="checkbox"/> その他 () 距離: 15 km	
8	移送期間及び回数 令和 〇 年 8 月 5 日 から 令和 〇 年 8 月 5 日 まで (回数 1 回)	
	移送に要した費用 ××,×××円	

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

この申請書は2枚1セットです。
2枚目の「移送を必要とする医師または歯科医師の意見書」も必ずご提出ください。

8 マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。

社会保険労務士記載欄 氏名等