

移送費 支給申請に必要な書類

申請書は全**2**ページです。
以下の添付書類と合わせて提出してください。

印刷設定(両面・片面)の指定はありません。

- 申請書① → 申請者の情報など……申請者(被保険者)が記入
申請書② → 申請内容……申請者(被保険者)が記入
→ 医師・歯科医師記入欄……医師・歯科医師に証明を受けてください

【添付書類】

移送に要した費用の領収書・およびその明細(原本)

支給要件など

治療のため、医師の指示で一時的、緊急的に移送(入院・転院等)をするとき、その移送に要した費用(交通費)を自己負担した場合、健康保険組合がやむを得ないと認めた分について支給を受けることができます。

【支給要件について】

次の①～③すべてに該当する場合に支給されます。

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 緊急・その他、やむを得ないこと。

【留意事項】

- ・ 通院時の交通費や一時的・緊急的と認められない場合は、移送費の支給対象となりません。
- ・ 申請書は、移送に要した費用を支払った日から2年以内にご提出ください。
- ・ 移送費は、最も経済的な経路及び方法により移送された場合の費用に基づいて算定し、支払った額の範囲内で支給されます。

健康保険 移送費 支給申請書

1

申請者（被保険者）記入

申請者（被保険者）情報	記号・番号	—	生年月日		
			昭和 平成	年	月 日
	氏名	(フリガナ)			
	住所	(〒 —)	都道 府県		
電話番号	勤務先	—	—	日中（平日）に連絡がつく電話番号を記入してください。	
		携帯・自宅等	—	—	

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
		金融機関コード	支店コード
	預金種別 (該当に○)	普通 当座	口座番号 (左づめ)
口座名義	(フリガナ)	口座名義の区分 (該当に○)	被保険者（申請者） 代理人

代理人の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	委任者 (被保険者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
		氏名	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	(〒 —)	TEL ()	委任者と代理人との関係
	住所	(フリガナ)		
	氏名			

2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 移送費 支給申請書

②

申請者（被保険者）
医師・歯科医師 記入

申請内容（該当するものに○をつけ、必要事項を記入してください）	1 移送を受けた方	氏名	昭和 平成 令和	生年月日	年	月	日
	2 傷病名						
	3 発病（負傷）年月日	令和	年	月	日		
	4 負傷原因 （外傷のときに記入してください）	いつ	令和	年	月	日	どこで
		何をしていて					
	5 移送経路						
	6 移送方法						
	7 移送年月日	令和	年	月	日		
	8 付添人の有無 および氏名住所	有	→	氏名			
無			〒 -				
9 移送に要した費用の額							円

医師・歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由						
	付添いが必要と認めた理由						
	移送経路						
	移送方法						
	移送年月日	令和	年	月	日		
	上記のとおり相違ありません。	令和	年	月	日		
	医療機関の所在地						
医療機関の名称							
医師の氏名							
電話	()						