

移送費の支給を受けるためには、次の3つの要件をすべて満たしていることが必要となります。

- 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 移送の原因である疾病、負傷により、移動が著しく困難であること
- ③ 緊急その他やむを得ない移送であること (普段の通院に使用するタクシー代などは支給対象外)

(訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません)

被保険者 (請求者)	① 健康保険証の記号と番号	記号 番号 XXX-234	② 被保険者(請求者)の氏名・生年月日	(フリガナ) ジョウホウ タロウ 情報 太郎 昭・平・令 XX年 XX月 XX日
	③ 被保険者(請求者)の現住所	〒 XXXX-XXXX 千代田区0003-3-303		日中連絡のとれる電話番号 自宅 XXX-XXXX-XXXX 携帯 XXX-XXXX-XXXX
	④ 事業所名称	(株)000		

移送費の申請内容	⑤ 移送対象者	氏名 情報 花子 被保険者との続柄 妻 性別 男・女	生年月日 昭・平・令 XX年 XX月 XX日	⑥ 傷病名 心不全
	⑦ 移送の方法	(例 患者輸送車 等) 患者輸送車	⑧ 移送年月日 平・令 XX年 XX月 XX日	
	⑨ 移送に要した費用	XX,XXX 円	⑩ 移送の回数 1 回	
	⑪ 移送の経路	移送元(例 〇〇県〇〇市△△ 〇〇病院) から 移送先(例 〇〇県△△市〇〇 △△総合病院) まで 〇〇県〇〇市△△ 〇〇病院 〇〇県△△市〇〇 △△総合病院		
	⑫ 移送を必要とする理由	症状等を具体的に記入ください。また付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を記入ください。 歩行困難な状態であり、設備の整った病院で緊急手術を行う必要があったため		

疾病・負傷の原因	⑬ 原因 ※該当番号に○	① 病気 2. 怪我 (自損・交通事故・暴行、傷害) 3. その他 ()	
	⑭ 発病・負傷年月日	平・令 XX年 XX月 XX日 (怪我のとき: 午前・午後 時頃に負傷)	
	⑮ 「2.怪我」に該当する方は具体的な状況と☑を記入	(例 離島で岩場から単独で転落し負傷 等) 第三者行為の確認 <input type="checkbox"/> 相手がない <input type="checkbox"/> 相手がいる ※1 労災の確認 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 労災 ※2	

※1 原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要です。事前に当組合へご連絡下さい。
スポーツ中の怪我等で相手への損害賠償請求が生じない場合は「相手がない」を選択してください。
※2 通勤・退勤途中または業務中の怪我や病気は労災適用のため健康保険の対象になりません。勤務先へお問合せ下さい。

給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に☑をご記入ください

<input checked="" type="checkbox"/>	会社振込	私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
<input type="checkbox"/>	個人(請求者)口座	被保険者(請求者)の個人口座への振込を希望します。

マイナポータルにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。

(12桁)

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支払金融機関	銀行・農協 本店 信金・信組 支店	預金種別 普通・当座
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)	フリガナ 口座名義

受付日付印

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☑ 利用しない場合は上記の欄を記入。)
注) 口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

【医師による意見欄】

(訂正がある場合は医師が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。医師以外の訂正は認められません)

医師の意見欄	① 移送対象者	氏名	情報 花子			
		生年月日	昭	平	令	XX年 XX月 XX日
	② 傷病名	心不全				
	③ 移送の方法	(例 患者輸送車 等)	患者輸送車			
	④ 移送年月日		平	令	XX年 XX月 XX日	
	⑤ 移送費用		XX,XXX		円	
	⑥ 移送の経路	移送元 (例 〇〇県〇〇市△△ 〇〇病院)	移送先 (例 〇〇県△△市〇〇 △△総合病院)	から	まで	
		〇〇県〇〇市△△ 〇〇病院	〇〇県△△市〇〇 △△総合病院			
	⑦ 移送の回数		1		回	
	⑧ 移送を必要とした理由	症状等を具体的に記入ください。また付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を記入ください。 歩行困難な状態であり、設備の整った病院で緊急手術を行う必要があったため				
上記のとおり移送の必要を認めます。 ① 令和 XX年 XX月 XX日						
医療機関 ※3	住所(所在地)	〒 XXX-XXXX				
①	名称	〇〇県〇〇市△△123 〇〇病院				
Ⓚ	医師氏名	飯田 〇〇	連絡先	XX (XXXX) XXXX		
※医療機関の名称・所在地はゴム印(スタンプ等)を使用してください。						

※3 原則、移送元の医療機関による証明です。ただし、移植に伴う骨髄や臓器の搬送の場合は移送先の医療機関による証明です。

【被保険者(請求者)の方へ】以下の書類を添付しご提出ください。

移送費の支給申請をするとき	<ul style="list-style-type: none"> ・移送に要した費用の領収書(原本) ・ " 明細書(原本) ・移送の経路を確認できる書類
---------------	--