健康保険 本人・家族 移送費 支給申請書



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① 記号	号 番号 ② 被 保 険 者	(フリガナ) ジョウホウ	タロウ										
R 被 保 険 者 等 X X	(X – 234 (請求者)の	太郎											
者	氏名・生年月日	弱 · 平 · 令	XX年 XX月 XX日										
○ ③ 被保険者 〒 X	〒 X X X - X X X X 日中連絡のとれる電話番号												
請 (請求者)		XX-XXXX-XXXX											
37 00 現 任 加	#B区0003-3-303	携帯	XXX-XXXX-XXXX										
事業所名称 (株)((株)〇〇〇												
§ E	名 情報 花子	生 年 月 日 📴・平・	令 XX年 XX月 XX日										
移送対象者被保険		⑥ ⑥ ⑤ 易 病 名											
移との続	柄 又	心个主											
送 ⑦ 移 送 の 方 法 (例 患者輸	患者輸送車 思者輸送車	8 移送年月日 令和	XX年 XX月 XX日										
の 9 移送に要した	XX,XXX	⑩移送の回数	1 0										
申 費 用 移送元 (例			○ △△総合病院)										
内 移送の経路 〇(○県○○市△△ ○○病院	から	○ △△総合病院										
容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	体的に記入ください。また付添人が必要な場合は、												
移送を必要													
とする理由 歩行 [困難な状態であり、設備の整った病	院で緊急手術を行つ必要な	いめつにめ										
疾 ③ 原 因 ① 病	5気 2. 怪我 (自損 ・ 交通	事故 ・ 暴行、傷害)	3. その他()										
病 ※該当番号に〇 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		 我のとき:午前 ・ 午後	 時頃に負傷)										
自	で岩場から単独で転落し負傷を等)	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	1 3 3(1-2)(100)										
場しい。該当はままたは	こ石物が7年位(私格し兵物 寺)												
の													
因と 愛 を記入第三者行為	の確認 日手がいない 日 相手	がいる ※1 労災の確認 [□ 私用 □ 労災 ※2										
※1 原因が交通事故・傷害等で「相手がい	る」場合「第三者の行為による傷病届」等が必要で	です。該当する方は第三者行為相談室(0	120-732-255)へお問合せください。										
	発賞請求が生じない場合は「相手がいない」を選択し												
※2 通勤・退勤途中または業務中 の怪我や	P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。 	1										
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		マイナンバー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。										
✓ 会社振込 #	✓ 会社振込 無 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。												
個人(請求者)口座													
個人(請求者)口座を選択し	した方のみ下記を記入		l.										
支	銀行・農協	本店 預金種別											
	言金・信組	支店 普通・当座											
金融機関コード	店番号												
最	(ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通	帳記号)											
四座番号 機 (ゆうちょ銀行の場合	フリガナ												
関 は8ケタの通帳番号)	口座名義		受付日付印										
マイナポータル等で事前登録	用しない場合は上記の欄を記入。)												
注)口座情報の反映には													
社会保険労務士の	II I												

【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)

	A	1/2	洪	11	象 者	×	氏 名 情報 花子																
		梦	区	ניג	3K 15	生	年	月	日	(133	•	平	•	令		××	年	××	月	×	×	日
	B	傷		病	ź	<u></u>	心不全																
	©	移	(例 患者輸送車 等) 多送の方法 患者輸送車																				
	٥	移	送	年	月日	3	令和 XX 年 XX 月 XX 日																
	(E)	移	送	j	費 月	Ħ	××,××										円						
	F	移	送	の	経足	カら											例 ○○県△△市○○ △△総合病院) 県 △△市○○ △△総合病院 まで						
医師の	⑥ 移送の回数 1																						
意見欄	\oplus				が要し	1 4年日期なは能でもり、乳港の較った房腔で																	
		上記	2の	とま	り移	送の必	要を認	めます	•									① 令	和 XX	年)	以 月	XX	田
		療機 ※3	関	①	住所名 和	(所在 ⁵ 尔	也)			⋘ 果○○市 病院	5∆,	∆1	23	3									
				K	医師氏	氏名		É	返田	00					連絡先		XX	(XXXX)	XXX	×	
													※医	寮機関	の名称・所	在地	はゴム	印 (スタ	ンプ等)	を使用	してく	ださい	١,

【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	・移送に要した費用の領収書(原本) ・		
-------------------	---------------------	--	--