

健康保険 被保険者 移送費支給申請書

被保険者が記入するところ (この欄の訂正は被保険者の直筆で訂正)	健康保険の記号・番号	被保険者の氏名		被保険者の生年月日				
	—	(フリガナ)		昭和 平成 令和	年	月	日	
	被扶養者が移送を受けた場合は、被扶養者の氏名等	(フリガナ)		生	年	月	日	続柄
	被保険者の住所 電話番号	〒 —		昭和 平成 令和	年	月	日	
	事業所名称	TEL — —						
	被保険者のマイナンバー記載欄 (健康保険の記号番号を記入した場合は不要です)							
	傷病名			発病または 負傷年月日	年 月 日			
	発病または 負傷の原因			負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか 1. はい (別途「第三者行為届」を提出して下さい) 2. いいえ				
	診療を受けた 医療機関等	名称			医師の氏名			
		所在地						
移送を受けた 区間、移送期間 および 費用の請求	区間			から	移送後	1. 入院	2. 入院外	
				まで	移送先	病院		
	移送期間(支給期間)		移送回数	移送に要した費用の額		利用交通機関		
	自	年	月	日	回	円		
至	年	月	日					

※被保険者名義のもの(受領委任する場合は代理人名義のもの)を記入してください。

移送費を受け取る金融機関			
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 <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は下記の欄に記入してください)		
	銀行・金庫 組合・農協	(支)店 出張所 営業部	普通・当座
	(ゆうちょ銀行の場合は、店名(漢数字3桁)を記入)		
口座番号		フリガナ	
		口座名義	

※移送費の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		代理人氏名
	令和 年 月 日	被保険者氏名(自署)	
	代理人の住所・電話番号		被保険者との関係
	〒 —	TEL — —	

医師が記入するところ（この欄の訂正は医師の直筆で訂正）	傷病名		療養給付 開始年月日	年	月	日	
	移送を必要と 認めた理由 (詳しく記入ください)	1. 保険診療を受けるためにこの移送が必要であることについて 2. 療養の原因である病気・ケガにより移動が困難であることについて 3. この移送が緊急その他やむを得ない事情によるものであることについて					
	移送先の 医療機関	〒		TEL			
	移送方法 (利用交通機関など)						
	移送区間	(自)	(至)				
	付添の有無	有・無	有の場合は その理由				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話番号 — —						

【移送費の支給要件、その他の留意事項】

- 移送費は、次の全ての条件に該当すると健康保険組合が認めた場合に支給されます。
 - ①移送の目的である療養が、保険診療で適切であること。
 - ②患者が、療養の原因である病気・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。
(注)通院や転院など、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。
- 移送費の支給額は、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用を基準として算定します。そうして算定した額を、実際に要した費用を限度として移送費が支給されることとなります。
- 移送に要した費用の領収書（明細書を含む）を添付してください。
- 証明書、領収書が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。
- 記載内容を訂正する場合は、訂正印や修正テープ等は使用せず、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。