..【提出先：申請者→会社担当部署→健保組合】 ※A4 で片面印刷をしてください。

移送費 （事前） 申請書

申請日：　　年　　月　　日

被保険者等 記号・番号	記号		番号	事前申請日	年　月　日
被保険者氏名 （自署）				移送対象者 （該当に☑）	☐ 被保険者 本人 ☐ 被扶養者
生年月日(年号に☑)	S・H・R:　年　月　日生				↓(移送対象者が被扶養者の場合には下欄を記入してください)
事業所名				被扶養者氏名 生年月日 （年号に☑）	
所属名					S・H・R:　年　月　日生
日中連絡可能な連絡先	（　）			続柄	被保険者との続柄 （　）
傷病名 及びその原因				移送理由	
発病又は 負傷の年月日	年　月　日			移送予定経路	から　まで （　km）
移送方法				移送に要する 概算費用額	円 （移送費用の内訳がわかる書類を添付してください）
移送年月日	年　月　日				
付添人の有無	☐無・☐有（有の場合は右欄を記入）			付添人予定者 氏名	
第三者行為の有無	☐無・☐有（有の場合は下欄・右欄を記入）			加害者氏名の 住所・連絡先	〒（　－　）
第三者行為の加害者氏名					TEL:　（　）

医師意見欄	移送となった対象者氏名		対象者生年月日	S・H・R:　年　月　日生	
	傷病名		移送年月日	年　月　日	
	移送を必要とした理由				
	必要と認めた移送の区間	から　まで　（　km）		回数	回
	付き添いがある場合は、その付添人を必要とした理由				

上記のとおり移送の必要を認めます。　　診断年月日：　年　月　日

医療機関名称:

医療機関 所在地:
保険医

医師氏名:

※ 「移送費（事前）申請」（P 健−20①）が承認された後に、「移送費支給申請書（P 健−20②）」を当健保へ提出。
※ 記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、番号欄へ記載してください。
【添付書類】 請求書兼明細書 （移送費用の内訳がわかる書類）

〈移送費支給額及び支給条件〉

移送費の支給額は、最も経済的な通常の経路・方法により移送された場合の旅費にもとづき算定した額の範囲内での実費となる。
医師等の付添人は、医学的管理等の必要があると判断した場合に限り、原則として 1 人分の交通費が算定される。
移送時に医学的管理等を行い、患者がその費用を支払った場合には、移送費とは別に療養費の一定部分として支給される。

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 療養の原因である病気やけがにより移動困難であること。
③ 緊急その他やむを得ないこと。

受付日付印

【提出先：申請者→会社担当部署→健保組合】※A4 で片面印刷をしてください。

移送費支給申請書　（移送費（事前）申請承認後に提出）

申請日：　　年　　月　　日

被保険者等 記号・番号	記号		番号		支給申請日 （事前申請日）	年　月　日 （　年　月　日）			
被保険者 氏名（自署）					移送日	年　月　日　から 年　月　日　まで （　日間）			
生年月日	S・H・R:　年　月　日生								
移送経路	から　まで　（　km）						移送 回数	回	
実際に利用した 移送方法						移送に要した 費　用	円 （領収書原本と明細書を添付）		
移送先 医療機関名 所在地 連絡先	医療機関所在地：〒（　ー　） 医療機関名： 医療機関連絡先TEL：（　）								
被扶養者の移送の場合	被扶養者 氏名		生年月日	S・H・R:　年　月　日生		被保険者 との続柄			
付添人がいる場合の氏名			付添人の 職業・勤務先 （該当に☑）	職業：☐医師　☐看護師 ☐その他（　） 勤務先：（　）					
付添人の住所・ 連絡先 （該当に☑）	☐自宅　☐勤務先　☐その他（　） 〒（　－　） TEL：（　）								
振込希望の金融機関	銀行・信用金庫	金融機関口座は被保険者（社員）名義でお願いします							
		銀行名 （銀行ｺｰﾄﾞ）	銀行 信用金庫 （銀行ｺｰﾄﾞ：　）		支店名 （支店ｺｰﾄﾞ）	支店 （支店ｺｰﾄﾞ：　）			
		口座番号 （右詰記入）	普通預金		被保険者 口座名義	カタカナでご記入ください			

※標準送金日は、毎月 10 日または 25 日頃となります。なお、金融機関により振込まれる時間は異なります。

【確認書類】

※ 移送に要した費用の「領収書（原本）」及び内訳明細書を添付して下さい。ご提出いただいた「領収書（原本）」等の返還はできません。

受付日付印