

移送費（事前）申請書

申請日： 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号 ●●	番号 ●●●●	事前申請日	●●●●年 ● 月 ● 日
被保険者氏名 (自署)	健保 太郎		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		・移送費の支給を受けるには、事前(やむを得ないときは事後)に当健保の承認が必要です。	
事業所名	●●生命保険株式会社		被生	
所属名	●●支社		(年号に☑)	☐S.☐H: 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	脳挫傷 交通事故		移送理由	医療体制が整っている地域へ移送した
発病又は 負傷の年月日	●●年 ● 月 ● 日		移送予定経路	●●町●● から ●●市●● まで (● km)
移送方法	寝台自動車		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	〒(-) TEL: ()
第三者行為の加害 者氏名				

医師意見欄	移送となった対象者氏名	健保 太郎	対象者生年月日	S・H・R: 〇〇年〇月〇日生		
	傷病名	脳挫傷	移送年月日	〇〇年 〇月 〇日		
	移送を必要とした理由	医療体制が整っている地域へ移送した				
	必要と認めた移送の区間	〇〇町〇〇 から 〇〇市〇〇 まで		(〇 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： 〇〇年 〇月 〇日

医療機関名称: 〇〇診療所

医療機関所在地: 〇〇県〇〇郡 〇〇 〇-〇

医師氏名: 〇〇 〇〇

※ 「移送費(事前)

※ 保険証の記号

【添付書類】請求

〈移送費支給額及び

移送費の支給額は

医師等の付添人は

移送時に医学的管

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。

・医師や看護師の付添を必要としたときは、原則として1人までの交通費も支給対象となります。

・支給される金額は、最も経済的な通常の経路及び方法により、移送された費用を基準に算定された額で、その額が実費を超えた場合には、実費が支給限度額となります。

受付日付印

【提出先:申請者→会社担当部署→健保組合】

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

被保険者証 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)	健保 太郎		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	●●町●●から ●●市●● まで (● km)			移送 回数	● 回
実際に利用した 移送方法	寝台自動車		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: 〒(●●●● - ●●●●) 医療機関名: ●●市立病院 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	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: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他() 勤務先: ()	
付添人の住所・ 連絡先 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他() 〒(-)				
	TEL: ()				
振込希望の金融機関	金融機関口座は被保険者(社員)名義をお願いします (当健保組合で登録している被保険者(社員)氏名・フリガナが、改姓等の理由で口座名義と相違していること等がある場合には、お手数ですが当健保組合へご連絡をお願いします)				
	銀行名 (銀行コード)	●● 銀行 信用金庫 (銀行コード: ●●●●)	支店名 (支店コード)	●● 支店 (支店コード: ●●●●)	
	口座番号 (右詰記入)	普通預金 6 5 4 3 2 1 ●	口座名義	被保険者(社員)名義	

※標準送金日は、毎月 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。

健康保険法 施行規則 第八十二条 (移送費の支給の申請)

移送費の支給を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出しなければならない。

一 被保険者証の記号及び番号 二 移送を受けた者の氏名及び生年月日 三 傷病名及びその原因並びに発病又は負傷の年月日 四 移送経路、移送方法及び移送年月日 五 付添いがあったときは、その付添人の氏名及び住所 六 移送に要した費用の額 七 疾病又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨)

二 前項の申請書には、次に掲げる事項を記載した医師又は歯科医師の意見書及び同項第六号の事実を証する書類を添付しなければならない。

一 移送を必要と認めた理由(付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由) 二 移送経路、移送方法及び移送年月日

三 前項の意見書には、これを証する医師又は歯科医師において診断年月日を記載し、記名及び押印をしなければならない。 4 (略)

受付日付印