

被保険者 家族 移送費 支給申請書 記入の手引き

加入者が移送のための費用を支払い、払い戻しを受ける場合にご使用ください。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書は、被保険者ご自身がご記入ください。
被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類(※1)をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

①移送に要した費用の領収書、および、その明細のわかるもの

②以下の事項を記載した医師または歯科医師の意見書

- 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)
 - 移送経路、移送方法および移送年月日
 - 診療年月日
 - 医師または歯科医師の記名
- ※被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合は、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。

注意事項

- 通院等、一時的・緊急的とは認められない場合は、移送費の支給の対象とはなりません。

※1) 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

※2) 領収書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。
(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

**※移送費申請については、申請の前に当健康保険組合まで
必ずお問い合わせください(080-7407-1584)**

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0123456789アイウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスで埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

1

記号・番号は

- ・保険証(R6.12.1以前発行)
 - ・資格確認書
 - ・資格情報のお知らせ
 - ・マイナポータル
- のいずれからご確認ください。

2

被保険者の生年月日をご記入ください。

3

家族(被扶養者)が移送された場合でも、被保険者の氏名をご記入ください。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所も同様です。)

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者記入用

移

加入者が移送のための費用を支払い、払い戻しを受ける場合にご使用ください。

なお、記入方法および封付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	記号	1	番号	2	生年月日	3
	被保険者証の (左づめ)	21700023	21		610122	
氏名・印	ニッシン タロウ 日清 太郎					
住所	〒 東京 港区 〇〇 1-1					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇〇				
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知				
	口座番号	〇〇〇〇				
口座名義	ニッシン タロウ					

「申請者記入用」は2ページに続きます。 >>>

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名 日清 太郎

申請内容	移送を受けた方	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）		
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日
	傷病名	左大腿骨骨折		発病又は負傷年月日 療養開始日 ☐ 平成 4 年 7 月 4 日 ☒ 令和 4 年 7 月 4 日
	発病の原因 および経過 詳しく）	2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		第三者の行為によるものですか ☐ はい ☒ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による 傷病届」を提出してください。
	診療等の支給又は手当 を受けた病院あるいは 診療所（病院）の	名称	〇〇総合病院	診療を担当した 医師等の氏名
	所在地	沼津市△△1-2-3		
移送経路・ 移送方法、 移送期間 および請求	移送経路	(フリガナ) ス ノ シ ○ ○ から (フリガナ) ス マ ツ シ ○ ○ まで 裾野市〇〇 から 沼津市〇〇 まで		
	移送後	1. 〇. 入院 1. 入院外	移送	6 〇〇総合病院
	移送期間 支給期間	☐ 平成 4 年 7 月 4 日から ☒ 令和 4 年 7 月 4 日まで 1 日間		
	移送回数	1 回	移送に要 費用	8 15,000 円
	距離	40 km	利用交通機関	タクシー
移送を必要とする理由 に記してください。 また付添人が必要 な場合は、人数とそ の理由を併 記してください。	歩行困難な状態であり、医療機関の設備では十分な 診療ができず、医師の指示で緊急に転院したため。			
付添人の有無	☒ 有 → 付添人の 氏 名	保険 三郎	付添人の 住 所	沼津市△△
	☐ 無			

(2 / 2)

6 移送された医療機関をご記入ください。

7 移送が行われた期間の始めと終わりの日、日数をご記入ください。

8 領収書（領収明細書）に記載されている金額をご記入ください。

移送費の支給要件等

支給を受ける条件

病気やけがで移動が困難なとき、医師の指示で一時的・緊急の必要があり、移送された場合は、移送費を支給します。
移送費の支給は、次のいずれにも該当するものと日清食品グループ健康保険組合が認めた場合に行われます。

- ❶ 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
- ❷ 療養の原因である病気やけがにより移動が困難であること
- ❸ 緊急・その他、やむを得ないこと

支給額

- 移送費の額は、移送の原因となった病気・けがの状態に応じた、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に基づいて算定した額の範囲での実費です。
 - 医師・看護師等付添人の交通費については、医学的管理が必要であると医師が判断した場合に限り、原則として1人までの交通費を移送費に含めて算定することができます。
- ☞ 移送費の支給が認められる医師、看護師等の付添人による医学的管理等について、費用を支払った場合は、移送費とは別に診療報酬に基づく療養費が支給されます。

申請期限

健康保険給付を受ける権利は、受けることができるようになった日の翌日(消滅時効の起算日)から2年で時効になります。

移送費の消滅時効の起算日は、移送に要した費用を支払った日の翌日です。