

病気やけがで移動が困難なとき、医師の指示で一時的・緊急的の必要があり、移送された場合は、移送費を支給します。

### 【支給を受ける条件】

次の条件を満たした場合は、移送費が支給されます。

- 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 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
- ③ 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、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。

【添付書類】 ※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。）

#### 必ず添付いただくもの

- ① 移送に要した費用の領収書（原本）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
  - ・医師または歯科医師の記名

必要に応じ、次の書類を添付してください。

|                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| ケガ（負傷）の場合                  | 「負傷原因届」             |
| 第三者による傷病の場合                | 「第三者行為による傷病届」       |
| 被保険者が亡くなり、<br>相続人の方が請求する場合 | 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等 |

健康保険 被保険者 移送費 支給申請書

1 2 被保険者(申請者)記入用

提出日 年 月 日

被保険者(申請者)情報
被保険者証の(右づめ) 記号 番号 生年月日 年 月 日
氏名・印 (フリガナ) スミトモ タロウ 所属 会社名、部署名を記入
住所 (〒 123 - 4567 ) 愛知県小牧市〇〇1-2-3
電話番号 (日中の連絡先) 自宅 123 ( 4567 ) 8910 携帯 987 ( 6543 ) 2100
□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

照会
照会等の同意 私は、本手当の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、労働基準監督署、又は他の関係する保険者等に必要情報を提示すること及び照会することに同意します。
氏名 住友 太郎

振込先指定口座
金融機関名称 〇〇〇 銀行 金庫 信組 本店 支店
農協 漁協 △△△ 出張所 本所 支所
預金種別 1 1.普通 3.別段 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。
口座名義 ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)
スミトモ タロウ
口座名義の区分 1 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄
被保険者(申請者) 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日
氏名・印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人(口座名義人) (〒 - ) TEL ( )
住所 (フリガナ)
氏名・印 委任者と代理人との関係

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

- 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

1 2 被保険者(申請者) 記入用

被保険者氏名 住友 太郎

申請内容

移送を受けた方

1 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  平成  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)

令和 3 年 2 月 1 日

発病の原因  
および経過  
(詳しく)

2

1. 病気  
(原因および経過)  
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

健保 次郎

所在地

春日井市〇〇1-2-3

移送経路

(フリガナ) コマキシ〇〇

(フリガナ) カスガイシ〇〇

小牧市〇〇

から

春日井市〇〇

まで

移送後

1

0. 入院  
1. 入院外

移送先

〇〇総合病院

※移送された医療機関を記入

移送期間  
(支給期間)

平成  
 令和

3 年 2 月 1 日 から 3 年 2 月 1 日 まで 1 日間  
※移送が行われた期間の初めと終わりの日、日数を記入

移送回数

1 回

移送に要した  
費用の額

15,000 円

※領収書に記載されている金額を記入

距離

40 km

利用交通機関

タクシー

移送を必要とする理由  
症状、その他具体的に  
記入してください。  
また、付添人が必要な  
場合は、人数とその  
必要な理由を併記  
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  
 無

付添人の  
氏名

付添人の  
住所