

移送費支給申請書 記入例

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書			
1 被 保 険 者 情 報	被保険者等	記号 987 番号 654	生年月日 昭・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ タロウ 3 印 健保 太郎	← 自署の場合は押印を省略できます。
	住 所	〒110 - 0000 東京 都・道 府・県 墨田区○○ X-X	
	事業所名称	(株)○○○○	受領委任 (チエック必須) ☒ 本申請書の提出を事業主に依頼します。 ☒ 在職中の給付金は事業主経由で受領します。

当健康保険組合を資格喪失した方・被保険者死亡のため遺族が申請する場合は下記振込先をご記入ください。

2 遺 族 者 記 入 欄	振込先金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名称 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義区分	被保険者・申請者		

4 申 請 者	被保険者死亡により口座名義が被保険者と異なる場合のみご記入ください。	申請者 (口座名義人)	住所 〒	電話番号 (日中の連絡先) ()
			氏名・印 印 被保険者との関係 ()	

申 請 内 容	受診者(どちらかに) ☒ 被保険者 ☒ 家族(被扶養者) 5 第三者行為によるものですか ※ はい・いいえ
	6 家族の場合はその方の 氏名 健保 花子 生年月日 昭・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 続柄 (妻)
	傷病名 脳出血 発病又は負傷年月日 平・令 ○ 年 8 月 5 日
	7 発病又は負傷の原因 旅行先で転倒して頭を打った
	移送の経路 移送元: ○○医院 から 移送先: X X 総合病院 まで
	移送の手段及び距離 手段: ☒ 専用車 ☐ 鉄道 距離: 15 km
移送期間及び回数 令和 ○ 年 8 月 5 日 から 令和 ○ 年 8 月 5 日 まで (回数 1 回)	
移送に要した費用 XX,XXX 円	

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

注：骨髄液又は臍帯血の搬送に係る申請は「療養費支給申請書」にてご申請ください。

移送費支給申請書について

移送費の支給を受けるには、事前に健保組合の承認が必要です。「移送承認申請書・移送届」をご提出いただき、当組合より承認を受けてから移送を実施していただくことになりますのでご注意ください。ただし、やむを得ない事情により承認を受ける前に移送を実施した場合は、この「移送費支給申請書」と併せて「移送承認申請書・移送届」をご提出ください。

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。） ※振込先は在職中の方は記載不要です。

1 被保険者等記号・番号は、マイナ保険証又は、資格情報のお知らせ、資格確認書、保険証でご確認ください。

2 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。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。

3 被保険者（申請者）本人の自署の場合は、押印を省略できます。

4 原則、事業主以外の代理人に給付金をお支払いすることはできません。

5 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

6 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

7 打撲、骨折、捻挫等の外傷性の場合は、負傷となった原因を詳しくご記入ください。

添付書類（①から③のすべての書類が必要となります。）

- ① 移送の費用を自己負担していることが確認できる領収書の原本及びその内訳別の費用額が記載されたもの
- ② 移送の経路及び手段、距離、期間（移送日）、回数などの移送内容の詳細を確認できるもの
- ③ 事前に承認を受けている場合は、当組合発行の「移送承認通知書」