

# 移送費支給申請書 記入例

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。

## 健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者情報	① 被保険者等	記号 987 番号 654	生年月日	昭(平)令 〇〇 年 〇 月 〇 日
	② 氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ	③ 印	— 自署の場合は押印を省略できます。
	住所	〒 110-0000 東京 〇〇 〇〇 〇〇 x-x	電話番号 日中の連絡先	090 1234 ) 〇〇〇〇
	事業所名称	(株) 〇〇〇〇	受領委任 (チェック必須)	<input checked="" type="checkbox"/> 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】下記振込先をご記入ください。

退職者記入欄	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 ( )
	口座名義 (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

申請者	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	⑤ 受診者 (どちらかに)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 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 〇〇 年 〇 月 〇 日 続柄 ( 妻 )
	傷病名	脳出血 (妊娠〇〇週)	発病又は負傷年月日 平(令) 〇 年 8 月 5 日
	発病又は負傷の原因	⑦ 不明	
	移送の経路	移送元: 〇〇産婦人科医院 から 移送先: xx総合病院 まで	
	移送の手段及び距離	手段: <input checked="" type="checkbox"/> 専用車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 距離: 15 km	
	移送期間及び回数	平(令) 〇 年 8 月 5 日 から 平(令) 〇 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。

受付日付印

マイナンバー記入欄 被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要です。

マイナンバーを記入した場合、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。

### 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と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、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」