

記入見本

病気やケガで移動が困難な患者が、医師の指示で移送されたときに立て替えた交通費等は、次の3条件を満たしている健康保険組合が認めるときには、「(家族)移送費」として払い戻しを受けることができます。

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ケガ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

移送費は原則として事前(やむを得ないときは事後)に健康保険組合の承認を受ける必要があります。「移送費承認申請書(移送届)」に医師の意見を受け、健康保険組合に提出してください。

支給額は、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用として算定された額の範囲内で実際に移送に要した費用の実費です。

カネカ 移送費を申請するときは、事前に健康保険組合の承認を受けてください。

常務理事	事務長	係

被保険者 被扶養者 移送費承認申請書(移送届)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の 記号・番号	記号	1000	番号	1234567	事業所の 名称	株式会社カネカ			
	移送を必要とする方の	氏名	鐘化 明子		生年 月日	昭和 平成 令和	32年 3月 3日	続柄	母	
	傷病名	脳卒中		発病又は 負傷年月日	令和 3年 8月 1日					
	発病又は 負傷の原因	8月1日夜、自宅で急に倒れた				第三者行為に よるものですか	はい	いいえ		
	移送を必要とする理由	搬送された○病院における応急処置後、△病院において再手術のため転院する必要があるため。								
	移送の方法 及び区間	方法	民間の寝台車		区間	○病院 から △病院 まで 經由				
	付添人の 氏名及び住所	氏名			住所					
	移送する前に申請 することができな かったときは その理由	事前に申請することができなかった場合は、必ずご記入ください。								
	備考欄					マイナンバー記載の場合は、別途確認書類のご提出が必要になりますのでご注意ください。				
	上記のとおり申請します。 令和 3年 8月 2日									
申請日も必ずご記入ください。		被保険者の		郵便番号	○○○-○○○○					
				住所	神奈川県・・・					
				氏名	鐘化 太郎					
				電話番号	○○○-○○○-○○○○					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)。 事業主経由で提出する場合は、□にチェックが必要です。										
医師の 意見	こちらに移送について医師の証明をうけてください。									

※移送を必要とする場合は、必ず事前に健康保険組合に提出して、承認を受けてください。