

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と健康保険組合が認めたときには、「（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。

被保険者
被扶養者

移送費承認申請書（移送届）

| | | | | | | | | | |
|--|---|-----------|------|------|--------------------------------|-----------------------|--------|---|--|
| 該当する方に○をつけてください | | 健康保険の記号 | 9999 | 番号 | 999999 | 事業所 | 〇〇株式会社 | | |
| 移送を必要とする方の | 氏名 | 鐘化 健保 | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 1959年1月10日 | 続柄 | 本人 | | |
| 傷病名 | 脳内出血 | | | | 発病又は 負傷年月日 | 令和 7年 2月 1日 | | | |
| 発病又は 負傷の原因 | 出勤時にマンションエントランスで急な頭痛に見舞われ倒れ、意識を失った | | | | 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 | 搬送された〇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 | 民間の介護タクシー | | | 区間 | 〇病院 ～ △病院 経由 | | | |
| 付添人の氏名及び住所 | 氏名 | | | | 住所 | | | | |
| 移送前に申請できなかったときはその理由 | 緊急の移送で、かつ移送時には病状回復していなかったため | | | | 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。 | | | | |
| 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください（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 | | | | | | | | 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。 | |
| 備考欄 | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | | | | |
| 令和 7年 8月 3日 | | 被保険者の | | 郵便番号 | | 999-9999 | | 被保険者の氏名・住所・氏名・電話番号を記入してください | |
| 申請日も必ずご記入ください。 | | | | 住所 | | 〇〇県〇〇市〇〇町 | | | |
| | | | | 氏名 | | 鐘化 健保 | | | |
| | | | | 電話番号 | | 1 2 3 - 4 5 6 - 7 8 9 | | | |
| <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、 <input type="checkbox"/> にチェックが必要です。 | | | | | | | | | |

| | | | | |
|----------------------------|----------------|----|--------------------------|--|
| 医師の意見 | 傷病名 | | | |
| | 移送を必要とする理由 | | | |
| | 付添を必要とする理由 | | | |
| | 入院する病院又は診療所の名称 | | | |
| | 移送の方法及び区間 | 方法 | 経由 | |
| | 移送年月日 | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 | | | こちらに移送について医師の証明をうけてください。 | |