

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ことが必要です。

「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

被保険者が記入するところ	健康保険の記号	9999	番号	999999	事業所	○○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○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	○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つたときはその理由	緊急の移送で、かつ移送時には病状回復していないかったため 事前に申請することができなかつた場合は、必ずご記入ください。						
	備考欄	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す) 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 7年 8月 3日 被保険者の郵便番号 999-9999 申請日も必ずご記入ください。								
住所 ○○県○○市○○町 氏名 鐘化 健保 電話番号 123-456-789 <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	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	
	移送年月日		
	こちらに移送について医師の証明をうけてください。 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日		