

## 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と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。

やむを得ず、事前に健康保険組合の承認を受けることができなかった場合は、「移送費承認申請書(移送届)」と同時に提出してください。

常務理事	事務長	係

## 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

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			
	移送を受けた方 の 氏名	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								
	移送日	令和 4年 11月 4日								
	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				経由
	移送に要した 費用	90,000円								
	付添人の 氏名及び住所	氏名			住所	移送に要した費用の領収書原本を添付し提出してください。				
	支払金融機関 (給付金の受取を 代理人に委任する 場合は委任状も記 入)	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>								
		金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(かたかな)				
		◎◎銀行	◎◎●支店	普通 当座	11111	カネカ タウ				
委 任 状	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名								
	受取代理人 (口座名義人)	住所	給付金の受取を代理人に委任する場合のみご記入ください。							
		TEL(日中連絡先)								
	氏名	被保険者との続柄								
備考欄	被保険者証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。									
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記記載内容に誤りがないことを確認の上、申請します。									
	令和 4年 11月 25日				申請日も必ずご記入ください。					
	提出前に内容を確認の上、確認欄にチェック後、ご提出をお願いします。		保険者の	郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇					
			住所	神奈川県・・・						
			氏名	鐘化 太郎						
			電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇						
	<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。		

※移送に要した費用の領収書原本を添付してください。

※やむを得ず、事前に承認を受けることができなかった場合は、「移送費承認申請書(移送届)」と同時に提出してください。