

## 健康保険 移送費 支給申請書 記入の手引き

病気やケガで移動が困難であり、医師の指示のもと病院・診療所へ搬送される際、かかった経費の支給を受けることができます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1 / 2 ページ

2 / 2 ページ

申請書は、家族（被扶養者）の療養費支給申請書であっても、被保険者ご自身をご記入ください。被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください。

### ■移送に要した費用の領収書(原本)

このほか、必要に応じ、次の書類を添付してください。

■ケガ（負傷）による申請の場合	●負傷原因届
■第三者の行為による傷病の場合	●「第三者行為による傷病届」 詳しくはユニマット健康保険組合にお問合せください。
■被保険者が亡くなられ、 相続人の方が請求する場合	●被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

※証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。  
(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)

# 健康保険 移送費 支給申請書

1 2  
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日
	被保険者証の (右づめ)	1 2 3	4 5 6
	氏名・印	ケンボ タケシ	健保 健
住所	(〒 950 - 0987 )	新潟 都 道 府 県	新潟市東区〇〇1-2
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 025 ( 275 ) XXXX		
<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )			

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	ケンボ タケシ	口座名義の区分
1. 申請者 2. 代理人		左づめでご記入ください。 ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号をご記入ください。

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

る受領を下記の代理人に委任します。

平成 年 月 日

代理人の欄	(申請者) 氏名・印	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義)	住所	委任者と代理人との関係
	氏名・印	TEL ( )	

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)		(28.8)
		受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

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。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。

# 健康保険 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 健保 花子 )
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	2020 年 4 月 1 日 続柄(長女)
	傷病名	低出生体重児
	発病または負傷の原因	早産による未熟児
	発病または負傷の年月日	2020 年 4 月 1 日
	移送経路	△△町 ××産婦人科 から 新潟市中央区 ○○総合病院
	移送方法	新生児専用救急車
	移送年月日	2020 年 4 月 1 日
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名 〒 - )
	移送に要した費用の額	20,000 円
第三者行為によるときはその事実	第三者行為でない	
第三者の氏名及びその住所	氏名 〒 -	

移送の際に、医師等の付き添いが必要な場合は、医学的管理が必要であったと医師が判断する場合に限り、原則として1人までの交通費について移送費として取り扱います。付き添い人の日当などの人件費については療養費として取り扱います。

移送に要した費用を記入の上、領収書(原本)を添付

発病または負傷の原因が交通事故・けんか等

医師・歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	
上記のとおり相違ありません。		年 月 日
住所 〒 -		
医師または歯科医師の氏名		

## 移送費の支給要件等

### 支給対象となる条件

医師が一時的・緊急的な移送の必要性を認めた場合で、かつ次のいずれにも該当すると当健保が認めた場合、支給されます。

- 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けがにより移動困難であること
- 3 緊急その他やむを得ないこと

### 具体的な費用の算定

- 1 経路 必要な医療を行える最寄りの医療機関まで、その傷病の状態に応じた最も経済的な経路
- 2 運賃 その傷病に応じた最も経済的な交通機関の運賃
- 3 医師、看護師の付添人 医学的管理が必要であったと医師が判断する場合に限り、原則一人までの交通費
- 4 その他 天災その他やむを得ない事情により、上記のような取扱いが困難である場合、現に要した費用を限度として例外的に支払われる場合もあります。