

健康保険 被保険者 移送費 支給申請書

家族

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印	← 自署の場合は押印を省略できます。ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。		
	住所	〒	—	都・道		府・県		
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	()		
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分		被保険者(申請者)・代理人

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人(口座名義人)	住所	氏名・印	印	被保険者との関係()	

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ								
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()				
	傷病名	発病又は負傷年月日		令和	年	月	日					
	発病又は負傷の原因											
	移送の経路	移送元:	から	移送先:	まで							
	移送の手段及び距離	手段: <input type="checkbox"/> 専用車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> その他()	距離:	km								
	移送期間及び回数	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	(回数
移送に要した費用	円											

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

移送費支給申請書 記入例

東京都二ツト 健康保険組合 | 業務部 03-3626-1400

注：骨髄液又は臍帯血の搬送に係る申請は「療養費支給申請書」にてご申請ください。

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書			
被保険者情報	1 被保険者証	記号 1234 番号 5678	生年月日 (組)平・令 ××年 ×月 ×日
	2 氏名・印	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	3 印
	住所	〒 110-0000 東京 (都)・道 〇〇区〇〇〇 ×-×-×	印
	事業所名称	(株)〇〇〇〇	電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××) ××××
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)	

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	〇〇〇〇 (銀行) 金庫・信託 郵便・その他 ()	預金種別	(普通)・当座・その他 ()
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンボ タロウ	口座番号	1234567
	口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人		

委任状	4 口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	代理人 (口座名義人)	住所	被保険者との関係 ()

申請内容	6 受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	5 第三者行為によるものですか ※ はい (いいえ)
	7 家族の場合はその方の	氏名 健保 花子	生年月日 (組)平・令 ××年 ×月 ×日 続柄 (妻)
	傷病名	妊娠×週	発病又は負傷年月日 令和 1 年 5 月 5 日
	発病又は負傷の原因	不明	
	移送の経路	移送元: 〇〇産婦人科医院 から 移送先: △△△総合病院 まで	
	移送の手段及び距離	手段: <input checked="" type="checkbox"/> 専用車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> その他 ()	距離: 15 km
	移送期間及び回数	令和 1 年 5 月 6 日から 令和 1 年 5 月 6 日まで (回数 1 回)	
移送に要した費用	××, ××× 円		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

8 印

社会保険労務士の
提出代行名記載欄

印

移送費支給申請書について

移送費の支給を受けるには、事前に健保組合の承認が必要です。「移送承認申請書・移送届」をご提出いただき、当組合より承認を受けてから移送を実施していただくこととなりますのでご注意ください。ただし、やむを得ない事情により承認を受ける前に移送を実施した場合は、この「移送費支給申請書」と併せて「移送承認申請書・移送届」をご提出ください。

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です。)
- 被保険者(申請者)本人の自署の場合は、押印を省略できます。ただし、給付金の受取りを代理人に委任するときは、必ず押印してください。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。被保険者(申請者)、代理人(口座名義人)の印もれにご注意ください。また、代理人(口座名義人)の印は、被保険者(申請者)の印とは別のものをご使用ください。なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。
- 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 受診者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 打撲、骨折、捻挫等の外傷性の場合は、負傷となった原因を詳しくご記入ください。
- ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

添付書類 (①から③のすべての書類が必要となります。)

- 移送の費用を自己負担していることが確認できる領収書の原本及びその内訳別の費用額が記載されたもの
- 移送の経路及び手段、距離、期間(移送日)、回数などの移送内容の詳細を確認できるもの
- 事前に承認を受けている場合は、当組合発行の「移送承認通知書」

注：この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。