健康保険 被保険者 家族　移送費　支給申請書

1

※ 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」で申請してください
※ 「2 医師記入用」に支給要件の記載がありますのでご確認ください

被保険者（申請者）情報	被保険者等記号・番号		氏名	
	記号　番号 —		フリガナ （氏）	フリガナ （名）
	住所			生年月日
	〒　—			□ 昭和 □ 平成　年　月　日
	事業所	名称	所在地	
			〒　—	
		所属	（連絡先） ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など	
			—　—	

申請内容	移送を受けた方	□ 被保険者（本人） □ 被扶養者（家族）	被扶養者（家族）の場合はその方の氏名	生年月日	
				□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	
	傷病名		発病または負傷年月日	令和　年　月　日	
	発病の原因および経過（詳しく）	□ 病　気 □ ケ　ガ	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください ケガの場合は、別紙「負傷の原因届」を記入のうえ、併せてご提出ください		
	診療を受けた医療機関等（移送元）	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
			〒　—		
	移送年月日	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	日数	日間	
	移送経路	から	まで	移送距離	km
	移送に要した費用の額	円	移送方法		
	移送を必要とした理由				
	付添人の有無	□ 有 □ 無	付添人の氏名	付添人の住所	
				〒　—	

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取代理人欄	申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。　令和　年　月　日 住所 氏名
	代理人	住所 氏名

□ 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。

受付印

被保険者等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。）

備考欄	

※ この申請用紙は2枚組です。2枚目には医師の意見を受けてください。

2 医師記入用

医師記入欄	患者氏名				
	傷病名				
	移送年月日	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで		回数	回
	移送経路	から			まで
	移送方法				
	移送後の医療機関			1. 入院　2. 外来	
	移送を必要と認めた理由（症状等の詳細）				
	付添人がいる場合氏名及び理由	氏名		□ 医師　□ 看護師　□ その他（　）	
		付添を必要とした理由			

上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

医療機関の 所 在 地

名　称

電話番号

医 師 名

※ 上記、医師記入欄の内容を満たしていれば、医療機関より発行された書面（医師意見書、移送指示書等）に替えることができます。

【支給要件】

【健康保険法施行規則第81条】

保険者は、被保険者が次の各号のいずれにも該当すると認める場合に移送費を支給する

1 移送により法に基づく適切な療養を受けたこと

2 移送の原因である疾病又は負傷により移動をすることが著しく困難であったこと

3 緊急その他やむを得なかったこと

具体例

① 負傷した患者が災害現場等から医療機関に緊急に移送された場合

② 離島等で疾病にかかり、又は負傷し、その症状が重篤であり、かつ、傷病が発生した場所の付近の医療施設では必要な医療が不可能であるか又は著しく困難であるため、必要な医療の提供を受けられる最寄りの医療機関に移送された場合

③ 移動困難な患者であって、患者の症状から見て、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院した場合