

給付申請書名	<b>移送費支給申請書</b>
目的	<p>◇歩行が著しく困難な患者が病気やけがの治療を行うため、医師の指示により入院や転院を必要とし、緊急その他やむを得ない場合等に、かかった移送の費用を申請する手続き。(健保組合の事前の承認が必要)</p> <p>◇申請により最も経済的な通常の経路および方法により移送された費用を基準に算定された額を支給する。(その額が実費を超えた場合は実費)</p>
提出締切	◇健保組合に25日までの到着分が翌月25日に支給予定となる(休日の場合は前営業日)(第一生命従業員は給与計上、任意継続・特例退職者は保険料振替口座に送金、第一生命以外の会社の方は所属の会社から25日以降に支給される)

**【記入見本】**

【第一生命従業員(キャリアローテーション者含む)】DN総務事務センター経由・【第一生命以外グループ会社従業員】各社総務経由

第一生命健康保険組合 御中

受信No.

① **移送費支給申請書**

被保険者  
被扶養者

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

健康保険の資格情報	記号	2	×	×	×	×	番号	1	0	×	×	×	×	×	所属またはグループ会社名(任意継続者・特例退職者は記入不要)	部	課
	被保険者氏名	第一 花子										○×	支社	○△	営業オフィス		
	資格取得年月日	S		H	R	×	×	×	資格喪失年月日	R		年	月	日			

被保険者記入欄	患者氏名	第一 花子	生年月日	昭和 平成 令和 ××年 ××月 ××日	被保険者との続柄	本人	傷病名	脳梗塞
	発病または負傷年月日	×年 ×月 ×日	発病の原因および経過			発病または負傷の原因が第三者によるものか		
		×年 ×月 ×日	一年前に動脈硬化を患ったことが原因			はい ・ いいえ		
	移送年月日	×年 ×月 ×日	移送経路(どこからどこまで)			距離	移送回数	
		×年 ×月 ×日	○△病院 □□市 から ○×救命救命センター △△市 まで			25 Km	1 回	
	移送方法(利用交通機関)	タクシー		移送先の医療機関名	○×救命救命センター		移送に要した費用の額	10,000 円
移送を必要とする理由	自力歩行困難であり、○△病院の設備では十分な治療を行うことができず、医師の指示で緊急に転院したため							
<small>※症状、経過等詳細に記入する。また付添人がいる場合は、その付添人の氏名及び住所も記入する</small> <small>★付添人「有」の場合 一 氏名: 健康 太郎 住所: ○○県××市△△町 ×-×-△</small>								

④ 上記のとおり申請いたします 令和 ×年 ×月

併せて給付金の受領を事業主に委任いたします(注3)

〒 ×××-××××

被保険者 住所 ○○県○○市○○町 △-△-△ 氏名 第一 花子

詳細に記入

(注) 1. 移送に要した費用の領収書、及びその明細がわかるものを添付してください

2. 医師または歯科医師の意見書を添付してください  
(意見書には、移送を必要と認めた理由、付添人がいる場合はその必要な理由、移送経路、移送方法及び移送年月日、診断年月日、医師または歯科医師の記名が必要です)

3. 移送に要した費用を支払った日の翌日から2年で時効となります

4. 受領委任については任意継続者・特例退職者は対象外です(健保組合ご登録の保険料振替口座に支給します)

必要書類が揃っているか確認すること

保険給付金	備考
円	

決定	常務理事	事務長	担当	検査	支払	常務理事	事務長	担当

入力者・入力日

R6.12

添付書類	<p>① 移送に要した費用の領収書およびその明細がわかるもの（いずれも原本） →複数の移送手段を使用した場合、経路・内訳が記載されていること</p> <p>② 医師または歯科医師の意見書 →移送費を認めた理由、付添人がある場合はその必要な理由、移送経路、移送方法および移送年月日、診断年月日、医師または歯科医師の記名があるもの</p>
------	---

### 【記入項目の説明】

番号	項目名	説明
①	標題	本人に関する申請時は“被保険者”に、家族の時は“被扶養者”に ○ を付ける。
②	健康保険の資格情報	健康保険の記号番号等は、以下のいずれかで確認し記入する。 1. 「マイナポータル」の健康保険証の資格情報 2. 「資格情報のお知らせ」 3. 「資格確認書」（交付対象者のみ） 被保険者氏名、所属、資格取得日、喪失している場合は資格喪失日（退職日の翌日等）を記入する。
③	被保険者記入欄	すべての項目を空白なく記入する。 「移送を必要とする理由」は、「入院のため」「転院のため」等だけではなく、どのような症状で、どのような治療を行うために移送が必要なのか詳細に記入する。
④	被保険者記入欄「上記のとおり申請いたします」	本人が記入する。（記入日・住所・署名・生年月日）

## Q & A

Q 1. 緊急その他やむを得ない場合とは、どのような場合ですか？

A 1. <<緊急その他やむを得ない事例>>

- ・ 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
- ・ 離島等で疾病にかかり、または負傷し、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また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
- ・ 移動困難な患者であって、患者の症状からみて、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

Q 2. 自宅に近い方が便利なので転院するのですが、搬送代は出ますか？

A 2. 「治療目的での緊急な転院」という医師の指示ではないため、認められません。

Q 3. 医療機関の病床が満床になり、転院することになりましたが、移送費の対象になりますか？

A 3. 移送費の対象にはなりません。