

健康保険

被保険者
家族

移送費支給申請書

【記入上の注意】

1. 移送に要した費用の領収書の原本を添付してください。
2. 給付金の受領を他人に委任する場合は、右端下の委任状を記入してください。その際、被保険者の印は⑩と同じ印鑑で押印してください。
3. 医師の意見書や領収書が外国語で作成されている場合は、それぞれ日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を明記したもの）を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	—		② 事業所 の名称				
	③ 移送を受けた者	氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日	被保険者 との続柄
	④ 傷病名				⑤ 発病又は 負傷の年月日	平成	年 月 日	
	⑥ 発病又は 負傷の原因							
	⑦ 傷病の経過							
	⑧ 移送すること になった経緯							
	⑨ 移送区間	自				⑩ 移送方法		
		至						
	⑪ 移送期間 (支給期間)	自 平成	年 月 日	日間	⑫ 移送に要し た費用の額	金	円	
		至 平成	年 月 日					
	⑬ 付添の有無	有 無	付添がある場合は その者の	氏名				
				住所				
	⑭ 第三者の行為に よって負傷した ものであるか否か	ある ない	第三者の行為に よって負傷した ときは	第三者行為による傷病届の提出の有無	有 ・ 無			
				氏名				
			住所					
上記のとおり申請いたします。					平成	年 月 日		
		⑮	住所	被保険者		電話	()	
			氏名	⑯ 印				

平成 年 月 日 提出

《備考欄》

受付日付印

東京トラック事業健康保険組合

事業所
担当者印

社会保険労務士
の提出代行者印

印

（上の事項に注意）

移送費は、『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』、『患者が、療養の原因である病気・ケガにより移動が著しく困難であること』、『緊急その他やむを得ないこと』の全ての要件に該当すると健康保険組合が認めるときに、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を基準とし、実際に要した費用を限度として支給されます。単なる通院などの一時的・緊急的と認められないような場合は、移送費の支給対象となりません。

移送元の医師が意見を書くところ	⑰	傷病名			
	⑱	移送を必要と認めた理由			
	⑲	患者は移動が著しく困難であったか	はい・いいえ	はいの場合はその理由	
	⑳	緊急性の有無	有・無	有の場合はその理由	
	㉑	移送先の医療機関	〒 _____ 電話 ()		
	㉒	移送区間	自 _____ 至 _____		
	㉓	移送方法			
㉔	付添の有無	有・無	有の場合はその理由		
上記のとおり相違ありません。					
㉕	所在地	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	医療機関の名称	_____ ⑳			
	医師の氏名	_____ ㉑			
		電話 ()			

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	被保険者	住所 氏名	_____ ㉑	
	代理人	住所 氏名	_____ ㉑	