

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

被保険者等の 記号・番号			被保険者の 氏名と印		印
被保険者の 現住所	〒				
移送が被扶養者 に関するときは その者の	氏名		生年月日		被保険者との続柄
			年 月 日生		
傷病名				発病または 負傷の年月日	年 月 日
発病または負傷 の原因及び その経過	(詳細に)			第三者の行為に よるものですか	はい ・ いいえ ※「はい」の場合は、「第三者行為による 傷病届」を提出してください。
診療等を受けた 医療機関等の	名称		所在地		診療を担当した医師等の氏名
移送経路 移送方法、間 移送期 お費用の請求	移送経路				
	移送後	入院 ・ 入院外		移送先	
	移送期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	移送回数	回		移送に要した 費用の額	円
	移送距離	km		利用交通機関	
移送を必要 とする理由	(症状、その他具体的に記入してください。 また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。)				
付添人の有無	有 ・ 無	付添人の氏名		付添人の住所	
備考	※被保険者証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。)				

【添付書類】

- ① 移送に要した費用の領収書、および、その明細のわかるもの
- ② 以下の事項を記載した医師または歯科医師の意見書
 - 移送を必要と認めた理由（付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由）
 - 移送経路、移送方法および移送年月日
 - 診療年月日
 - 医師または歯科医師の記名および押印
- ③ 領収書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文

（注意事項）

- ・ 通院等、一時的・緊急的とは認められない場合は、移送費の支給の対象とはなりません。
- ・ 申請書は、移送に要した費用を支払った日から2年以内にご提出ください。