

## 【記入例】

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	100	1234567	被保険者の 氏名と印	大 暖 太 郎	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></span>
被 保 険 者 の 現 住 所	〒***-**** 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町 **ー**				
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	左大腿骨骨折		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	<small>(詳細に)</small> 自宅のリビングでつまづき転倒した		第三者の行為に よるものですか	はい・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">いいえ</span> <small>※「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。</small>	
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
	〇〇病院		〇〇県〇〇市〇〇町 **ー**		保 険 二 郎
移 送 経 路 移 送 方 法 移 送 期 間 お よ び 費 用 の 請 求	移送経路	〇〇市〇〇から〇〇市〇〇まで			
	移送後	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">入院</span> ・入院外	移 送 先	〇〇総合病院	
	移送期間	****年 **月 **日から ****年 **月 **日まで *日間			
	移送回数	1 回	移送に要した 費用の額	15,000 円	
	移送距離	40 km	利用交通機関	タクシー	
移 送 を 必 要 と す る 理 由	<small>(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。)</small> 歩行困難な状態であり、医療機関の設備では十分な診療ができず、 医師の指示で緊急に転院したため				
付 添 人 の 有 無	有・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">無</span>	付 添 人 の 氏 名		付 添 人 の 住 所	
備 考	<small>※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。)</small>				

## 【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。