

この移送費の支給を受けるには、事前（やむを得ないときは事後）に健康保険組合の承認が必要です。

については、本申請書作成前に事業所経由で当健康保険組合までご連絡ください。

① 移送費を受けられる基準

- (1) 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
- (2) 療養の原因である病気やけがにより移動困難であること
- (3) 緊急その他やむを得ないこと

常務理事	事務長	調査	G L	担当

記入例

被保険者
被扶養者 移送費支給申請書

三菱マテリアル健康保険組合

(注意事項)

4 3. 2. 1.

この申請書は、被保険者および被扶養者について移送の承認があった場合に、その費用の支給を受けるため申請するものです。
この申請書には、移送に要した費用の領収証を必ず添付してください。
この請求書に記載の個人情報は、事業主を経由して請求し、給付金が支払われることに同意されたものとして処理します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号 1234 番号 567	② 被保険者の 氏名と生年月日 健保 太郎 平成 ○年○月○日	③ 被保険者の 現住所 東京都～ (郵便番号) ○○○ - ○○○○ (電話番号) ××-××××-××××	④ 事業所の 名称 被保険者の勤務されている会社名(事業所名)を記入してください	⑤ 傷病名 ○○○○	⑥ 発病又は 負傷年月日 平成 ○年○月○日○時○分	⑦ 発病又は 負傷の原因 負傷の原因などを詳しく記入してください(いつ、どこで、どのように、どうなった)	⑧ 付添の有無 及びその住所 <input type="checkbox"/> 有(氏名)・ <input type="checkbox"/> 無 (郵便番号) 「有」に該当する場合は記入してください	⑨ 移送を受けた 区間年月日 及び費用の額 ① 区間 ○○診療所 から △△ 経由 □□病院 まで ② 回数 ○ ③ 里程 ○ km ④ 移送の年月日 平成 ○年○月○日 ⑤ 利用交通機関 ○○○○ ⑥ 移送に要した費用 領収書の金額を記入してください	⑩ 被扶養者が移 送を受けたとき はその者の 氏名 ○年○月○日
	⑪ 傷病名	⑫ 移送年月日 平成 年 月 日								
	⑬ 移送を必要 とした事由 医師にて証明するところ									
	⑭ 付添を必要と 認めた理由									
	⑮ 移送の方法 区間及回数	⑯ 費用の見積額 〔移送後のと きは実費〕								
	⑰ 上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 医療機関住所 医療機関名称 保険医氏名									

⑱ 上記の給付金の受領方を右の者に委任します。
平成 ○年○月○日
被保険者名 健保 太郎

住所
事業所名 事業所にて手続きするところ
代理受領者

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。)

備考欄

受付日付印

本記入見本は、一般的な事例をもとに作成していますので、記入方法に関してご不明な場合は、事業所担当者へご確認ください。(2017.1)