

健康保険 被保険者 移送費支給申請書  
 家 族

被保険者の記入欄	被保険者証の 記号・番号	—		事業所名			
	被保険者の	氏名		生年月日		連絡先電話番号	
		Ⓜ		昭和 平成	年 月 日	( )	
		住所					
	〒 —						
	移送された方の	氏名		生年月日		被保険者との続柄	
				昭和 平成	年 月 日		
		傷病名		発病（負傷）の年月日		移送回数	
				平成	年 月 日	回	
		傷病の原因と経過					
移送することになった経緯							
移送方法			移送に要した費用				
1 寝台自動車 2 その他 ( )			円				
移送区間			移送年月日				
自 至			平成 年 月 日				
受取方法	【在籍中の方】 会社へ委任 してください	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名 Ⓜ					
	【退職後の方】 振込先を記入 してください (任継者は記 入不要。登録口 座へ振込)	銀行・信金 信組・農協		本店 支店	普通・当座・貯蓄		
	口座 番号	(フリガナ) 口座名義		( )			

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

【添付書類】

- 移送に要した費用の領収書の原本を添付してください。
- 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を添付してください。

<被保険者記入欄>

被保険者証の 記号・番号	—	申請者 氏名		事業 所名	
-----------------	---	-----------	--	----------	--

医師の意見欄	傷病名				
	患者は移動が著しく困難であったか	はい ・ いいえ			
	移送を必要と認めた理由				
	緊急性の有無	有 ・ 無	有の場合はその理由		
	移送先の医療機関	〒 —		電話 ( )	
	移送方法	1 寝台自動車 2 その他 ( )			
	移送経路	自 至			
	付添の有無	有 ・ 無	有の場合はその理由		
	上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 年 月 日		
	医療機関の所在地 名称 医師の氏名		☺ 電話 ( )		

**移送費支給要件**

移送費は、次のいずれにも該当すると三井健保が認めるときに、最も経済的な通常の経路・方法により移送された場合の旅費にもとづき三井健保が算定した額の範囲内での実費を支給します。

- (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) 患者が療養の原因である病気・けがにより移動が著しく困難であること。
- (3) 緊急その他やむを得ないこと。