

健康保険 被保険者 移送費 支給申請書 記入の手引き

移送のための費用を自費負担した場合、協会がやむを得ないと認めた分について支給を受けることができます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書の記入は、家族(被扶養者)の移送費支給申請であっても、被保険者ご自身がご記入ください。被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください。

- 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
- 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・緊急の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。

次ページに記入例があります。➡

ご提出・お問い合わせ先

保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け付けます)
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

1 2 ページ

被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	被保険者証の (左め)	記号 2 1 7 0 0 0 2 3	番号 2 1	生年月日 年 月 日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	6 1 1 0 2 2	
	氏名 (フリガナ)	キョウカイ タロウ 協会 太郎				
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒105-0000 東京 港区 1-1 △△マンション101 TEL 03 (XXXX) XXXX				

振込先指定口座	金融機関 名称	〇 〇 〇 〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇 〇 〇 〇	本店 支店 代理店 (出張所 本店営業部) 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめで記入ください。
	口座名義	マカタンナ(姓と名の頭は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) キョウカイ タロウ			

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	氏名	住所 「被保険者情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()		
	住所 (フリガナ)	氏名		

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号がご不明の場合にご記入ください。
記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

4

「申請者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	様式番号	協会使用欄
1		

受付日付印 (2021.0)

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 2

1 記号番号は、保険証に記載されています。

健康保険証
被保険者証

本人（被保険者） 00111

記号 21700023 番号 21

氏名 田村 久美子
 生年月日 昭和 〇年 〇月 〇日
 性別 男
 被保険者生年月日 平成 〇年 〇月 〇日

事業所名称 ☐ 株式会社
 保険者番号 0101000111
 保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部
 保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇〇

2 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所・振込口座も同様です。）

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

3

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入ください。

金融機関 名称	ゆうちょ		郵便 振込 銀行 振込	二三八	本店 支店
	支店名 ()				
預金種別	1 1. 普通 2. 定期	口座番号	1234567		
※カタカナ(姓と名)の欄は1マスずつにご記入ください。(漢字11・半角カナ11は1字としてご記入ください。)					
口座名称	キョウカイ タロウ				口座名義 の番号
					1. 親保衛者 2. 付保人

4 被保険者の記号番号がご不明な場合のみ被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(①の記号番号を記入している場合は、記入不要です。)

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。^{※1} 貼付台紙^{※2}に ㊦ ① どちらも貼付し、申請書に添付してください。

- ㊦ 身元確認を行うための書類 (いずれか 1 点)
 - ・ 被保険者の個人番号カード (表面) のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、
その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ① 番号確認を行うための書類 (いずれか 1 点)
 - ・ 被保険者の個人番号カード (裏面) のコピー、個人番号の通知カードのコピー (記載情報と現況に相違のないもの)、
被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

※2 協会けんぽのホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合は協会けんぽ都道府県支部までご連絡ください。)

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

1

2

ページ

被保険者記入用

被保険者氏名 協会 太郎

申請内容	移送を受けた方	1 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	傷病名	左大腿骨骨折		発病又は負傷年月日 (療養開始日) ☐ 平成 1 年 7 月 4 日 ☒ 令和
	発病の原因 および経過 (詳しく)	2 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		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。
	診療等の支給又は手当 を受けた病院あるいは 診療所(病院)の	名称	〇〇総合病院 診療を担当した 医師等の氏名 保険 三郎	
	所在地	沼津市△△1-2-3		
移送経路、 移送方法、 移送期間 および費用の 請求	移送経路	(フリガナ) ス ソ ノ シ ○ ○ (フリガナ) ヌ マ ヅ シ ○ ○ 裾野市〇〇 から 沼津市〇〇 まで		
	移送後	1 〇. 入院 1. 入院外		
	移送先	5 〇〇総合病院		
	移送期間 (支給期間)	6 平成 1 年 7 月 4 日から ☐ 平成 ☒ 令和 1 年 7 月 4 日まで 1 日間		
	移送回数	1 回 移送に要した 費用の額 7 15,000 円		
	距離	40 km 利用交通機関 タクシー		
	移送を必要とする理由	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 → 付添人の 氏 名 付添人の 住 所 ☐ 無		

様式番号

--	--	--	--	--	--

全国健康保険協会
協会けんぽ

2 / 2

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

5 移送された医療機関をご記入ください。

6 移送が行われた期間の始めと終わりの日、日数をご記入ください。

7 領収書に記載されている金額をご記入ください。

次ページに移送費の支給要件等について案内があります。



移送費の支給要件等

支給を受ける条件

病気やけがで移動が困難なとき、医師の指示で一時的・緊急的が必要があり、移送された場合は、移送費を支給します。移送費の支給は、次のいずれにも該当すると協会けんぽが認めた場合に行われます。

- 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 療養の原因である病気やけがにより移動が困難であること**
- 3 緊急・その他、やむを得ないこと**

支給額

- 移送費の額は、移送の原因となった病気・けがの状態に応じた、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に基づいて算定した額の範囲での実費です。
- 医師・看護師等付添人の交通費については、医学的管理が必要であると医師が判断した場合に限り、原則として1人までの交通費を移送費に含めて算定することができます。

※移送費の支給が認められる医師、看護師等の付添人による医学的管理等について、費用を支払った場合は、移送費とは別に診療報酬に基づく療養費が支給されます。