

# 健康保険家族 被保険者 移送費 支給申請書 記入の手引き

加入者が移送のための費用を支払い、払い戻しを受ける場合にご使用ください。

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

This is the first page of the application form. It includes fields for personal information (name, address, phone number), medical records (name, address, phone number), and a section for specifying the reason for transfer (选择理由). There are also sections for emergency contact information and a signature area.

2/2ページ

This is the second page of the application form. It includes fields for personal information (name, address, phone number), medical records (name, address, phone number), and a section for specifying the reason for transfer (选择理由). There are also sections for emergency contact information and a signature area.

申請書は、被保険者ご自身が記入してください。

被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類(※1、※2)をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

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(※3)

●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

\*被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合は、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。

③ケガ(負傷)による申請の場合:「負傷原因届」(※3)

●第三者の行為によって起こった傷病の場合は、「第三者行為による傷病届」が必要です。

## 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。

※ 1) 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

※ 2) 領収書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。

(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

※ 3) 協会けんぽのホームページから印刷できます。(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。)

次ページに記入例があります。 →

## ご提出・お問い合わせ先

申請書のご記入後は、協会けんぽ都道府県支部に郵便でご提出ください。

\*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。



# 記入例

# 移送費 支給申請書

- 申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。[記入見本 0|1|2|3|4|5|6|7|8|9|アイウ]
- 生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスを0で埋めてください。
- 訂正される場合は、訂正箇所を読み取りができないように塗り潰し、欄外に正しい内容をご記入ください。

1 資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。  
※枝番は記入不要です。

資格情報のお知らせ

21700023 000 21 00  
氏名: 田中 大輔  
生年月日: 昭和 61年 1月 22日  
誕生日番号: 00 年 00 月 00 日  
扶養者番号: 99999999  
全国健康保険協会 ○○支店

2 被保険者の生年月日をご記入ください。

3 被保険者のマイナンバーは、①の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。  
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。  
ⒶⒶの両方を本人確認書類貼付台紙(※)に、貼付のうえ、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

Ⓑ 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、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項証明書

(※)協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

なお、代理人(被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人)が申請される場合は、代理権の確認、代理人の身元確認が必要になります。詳しくは、協会けんぽのホームページをご確認ください。

上記、添付書類は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等に定められています。

4 家族(被扶養者)が移送された場合でも、被保険者の氏名をご記入ください。

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。(住所も同様です。)

1 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 移

加入者が移送のための費用を支払い、払い戻しを受ける場合にご使用ください。  
なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

記号(左づめ) 1 番号(左づめ) 2 生年月日 年 2 月 1 日  
個人番号(マイナンバー) 3  
氏名(日) 4 協会 太郎  
住所 (〒105-0000) 道 東京 府・県 港区〇〇 1-1  
電話番号(日中の連絡先) TEL 090(XXXX)XXXX

5 振込先指定口座  
公金受取口座の利用について  
1.希望する 2.希望しない 「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。

金融機関名称 ○○○○ 銀行 金庫 律組 農協 漁協 ○○○○ 本店 支店  
代理店 出張所 本店営業部 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 1234567 左づめでご記入ください。  
口座名義

6 受付日付印  
社会保険労務士の提出代行者名記載欄  
様式番号 6811117  
協会使用欄  
1 □ □ □ □  
全国健康保険協会 協会けんぽ  
(2026.1)

5 公金受取口座とは?  
給付金などを受け取るための口座として、あらかじめ国(デジタル庁)に登録を行った口座です。  
公金受取口座の登録申請方法はデジタル庁のホームページをご確認ください。  
なお、登録状況はマイナポータルより「おかね」→「公金受取口座」にてご確認いただけます。  
公金受取口座の利用は被保険者本人が請求を行う場合のみ希望することができます。(相続人の方が請求する場合、公金受取口座を利用することはできません。)

6 公金受取口座の利用について「2.希望しない」を記入された方もしくは相続人の方からご請求いただく場合は、被保険者(申請者)名義の口座情報をご記入ください。  
※公金受取口座の利用について「1.希望する」を記入された方が誤って口座情報を記入された場合は、公金受取口座へのお振込みを優先させていただきます。  
※公金受取口座の利用について「1.希望する」を記入された場合において、公金受取口座の情報を取得できなかった場合は書類を返戻させていただきますので予めご了承ください。  
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)・口座番号をご記入ください。

1 2 ページ  
（被保険者記入用）

被保険者氏名 協会 太郎		記入方法については「記入の手引き」をご確認ください。					
申請内容	移送を受けた方		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)				
	家族の場合 はその方の 氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
	傷病名 左大腿骨骨折		<input type="checkbox"/> 平成 6年 7月 4日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和				
	発病の原因 および経過 (詳しく)		(原因および経過) <input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気  2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。				
			<input type="checkbox"/> 第三者の行為によるものですか  <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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 所在地		名称 ○○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		(フリガナ) スソノシ○○ <b>裾野市○○</b> から <b>沼津市○○</b> まで				
	移送後		<input checked="" type="checkbox"/> 0. 入院 <input type="checkbox"/> 1. 入院外 移送 <b>7</b> ○○総合病院				
	移送期間 (支給期間) および費 請求		<input type="checkbox"/> 平成 6年 7月 4日から <input type="checkbox"/> 平成 6年 7月 4日まで 1日間 <input checked="" type="checkbox"/> 令和				
移送回数		1 回 移送に 費用 <b>9</b> 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 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。						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		<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 付添人の 氏 名 保険 三郎 付添人の 住 所 沼津市△△				<input type="checkbox"/> 無	
株式番号 6 8 1 2 1 6							
 全国健康保険協会 協会けんぽ							

**7** 移送された医療機関をご記入ください。

**8** 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。

**9** 領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

## 移送費の支給要件等

### 支給を受ける条件

病気やケガで移動が困難なとき、医師の指示で一時的・緊急的必要があり、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もの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ケガ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・ケガの状態に応じた、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。

### 申請期限

健康保険給付を受ける権利は、受けることができるようになった日の翌日(消滅時効の起算日)から2年で時效になります。

移送費の消滅時効の起算日は、移送に要した費用を支払った日の翌日です。