

移送費支給申請書の提出について

- ・加入者が移送のための費用支払い、払い戻しを受ける場合にご使用ください。
臍帯血などを搬送した場合にもご使用いただけます。
- ・申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。
- ・消滅時効の起算日は、費用を支払った日の翌日です。

添付書類

■加入者が移送されたとき	①領収書（原本） 移送に要した費用および明細がわかるもの ②医師・歯科医師記入欄への証明 申請書2ページ目に医師・歯科医師へ記入の依頼をしてください
■臍帯血などを搬送したとき	①領収書（原本） 搬送に要した費用を証明した領収書 ②医師・歯科医師記入欄への証明 申請書2ページ目に医師・歯科医師へ記入の依頼をしてください

支給要件等

- ・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。ただし、次のいずれにも該当するものと認められた場合に限り支給されます。

- 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

- ・臍帯血などの搬送に要した費用等は療養費として※支給されます。支給額は移送費の算定方法に準じます。

※支払った金額から自己負担額（2割～3割）を引いた額を支給します

記入例 移送費支給申請書

- ・申請書は、ボールペン等の消えないペンでご記入ください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

健康保険 移送費 支給申請書

支給決定		年 月 日
健康使用欄は記入不要です		
資格取得	昭・平・令	令和
年 月 日	年 月 日	年 月 日

被保険者(申請者)情報	記号 5 6 1 番号 0 0 0 0 0	生年月日 平成5年5月2日
氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	
住所	(〒 000 - 0000) 〇〇市〇〇町〇-〇	
電話番号 (市外・国内)	TEL 080 (0000) 0000	
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)		

受取代理人の欄	口座名義 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	金融機関 名称 〇〇 〇〇 (本店) 〇〇 (支店) 〇〇 (支店) 〇〇 (支店) 〇〇 (支店)
預金種別	1 1. 普通 2. 当座	口座番号 0 0 0 0 0 0 0 左づめでご記入ください。

受取代理人の欄	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 5 年 12 月 12 日	
氏名	健保 太郎 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
代理人の事業所(工場)又は住所	代理人の氏名	

・訂正は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入してください

・被保険者記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄にご記入ください

・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

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(202310 改定)

受付日付印

備考

社会保険労務士の
提出代行書名記載欄

ユニプレス健康保険組合

1/2

1 「資格確認のお知らせ」等に記載されている記号と番号をご記入ください

2 在籍者が申請する場合
☑を入れてください

3 在籍者は受取代理人の欄、
喪失者は振込先指定口座を
ご記入ください

4 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にマイナンバーをご記入ください。
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。

- ①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)の写し、運転免許証の写し、パスポートの写し
 - その他官公署が発行する写真付き身分証明書の写し
- ②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)の写し、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

加入者が移送された場合

健康保険 移送費 支給申請書

申請内容	移送を受けた方	☐ 被保険者・ ☒ 被扶養者（氏名 健保 花子 ）
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和5年 1 月 5 日 続柄（ 妻 ）
	傷病名	左大腿骨骨折
	発病または負傷の原因	階段から転落
	発病または負傷の年月日	令和 5 年 12 月 10 日
	移送経路	〇〇病院→〇〇病院
	移送方法	タクシー
	移送年月日	令和 5 年 12 月 10 日
	付添人の有無 及びその住所	☐ 有（氏名 _____）・ ☒ 無 〒 _____
	移送に要した費用の額	20000 円
第三者行為によるときはその事実		
第三者の氏名 及びその住所	氏名 _____ 〒 _____	

医師・歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日	
	住所 〒 _____	
医師または歯科医師の _____ 氏名 _____		

※医師記入欄の訂正は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押してください。

5 医師・看護師等付添人がいる場合ご記入ください。
医学的管理が必要であったと医師が判断する場合に限り、原則として一人までの付添人の交通費が移送費として支給されます。
付添人の人件費は療養費として支給されます。

6 第三者行為（交通事故等）による傷病については、健康保険を使用するにあたり別途届出が必要です。

臍帯血等を搬送した場合

健康保険 移送費 支給申請書

申請内容	移送を受けた方	☐ 被保険者・ ☒ 被扶養者（氏名 健保 花子 ）	
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	平成5年 1 月 5 日	続柄（ 妻 ）
	傷病名	骨髄性白血病	
	発病または負傷の原因	不詳	
	発病または負傷の年月日	令和 5 年 12 月 10 日	
	移送経路	〇〇病院→〇〇病院	
	移送方法		
	移送年月日	令和 6 年 12 月 10 日	
	付添人の有無 及びその住所	☐ 有（氏名 _____）・ ☒ 無 〒 _____	
	移送に要した費用の額	20000	円
第三者行為によるときはその事実			
第三者の氏名 及びその住所	氏名 _____ 〒 _____		

医師・歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日	
	住所 〒 _____	
医師または歯科医師の _____		
氏名 _____		

※医師記入欄の訂正は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押してください。

5

移植等を受けた方の氏名、生年月日をご記入ください。

6

第三者行為（交通事故等）による傷病については、健康保険を使用するにあたり別途届出が必要です。