

記入例

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者  
被 扶 養 者

移送費支給申請書

①	申請年月日	令和 ○年 ○月 ○日		事業所(会社)の名称	株式会社○○○○○	
	被保険者証の記号・番号	記号 1 2	番号 3 4 5 6 7	被保険者氏名	(フリガナ) ケボ 知 健保 太郎	
	連絡先住所・電話番号	(〒 105-0000 ) 東京都○区△△○丁目○○番地○号 (TEL: 03-○○○○-○○○○ )				
②	対象者氏名	健保 一郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ○年 ○月 ○日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○年 ○月 ○日 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との続柄	子
	傷病名	大腿骨骨折		発病または負傷の年月日	令和 ○年 ○月 ○日	
③	発病または負傷の原因	登山中に滑落		④ 傷病が第三者の行為に因るものであるか否か	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <small>※有の場合、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です</small>	
	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) スノシ 裾野市 から		(フリガナ) スマツシ 沼津市 まで	
距離		4 0 Km		利用交通機関	タクシー	
移送後		<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外		移送先	○○総合病院	
移送期間		令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 ○年 ○月 ○日 まで		1 日間		
	移送回数	1 回		⑤ 移送に要した費用の額	15, 0 0 0 円	
	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。 歩行困難なため付添介助人として看護師 1 名が同行した。				
	付添人の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 付添人氏名 付添人住所 <input type="checkbox"/> 無 ○○ ○○ ○○県○○市○○町×××				
⑥	委任状	給付金の振込について：健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与に含めて振込まれます。給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。				
		本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 ○年 ○月 ○日 被保険者氏名 健保 太郎				

記入内容を訂正される場合は、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。

二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

◆支給を受けることができる要件

病気やけがで移動が困難で、医師の指示により一時的・緊急的が必要あり移送され、次のいずれにも該当すると健保組合が認めた場合。

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

◆対象となる事例

- ・ 負傷した患者が、災害現場等から医療機関に緊急に移送された場合
- ・ 離島等で疾病にかかり又は負傷し、その症状が重篤であり、かつ傷病が発生した場所の付近の医療機関では必要な医療が不可能であるか又は著しく困難であるため、必要な医療の提供を受けられる最寄りの医療機関に移送された場合
- ・ 移動困難な患者であって、患者の症状からみて当該医療機関の設備等では十分な診療ができず医師の指示により緊急に転院した場合

※通院等、一時的・緊急的とは認められない場合は、移送費支給の対象とはなりません。

◆移送費の額

- ・ 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旅費に基づいて算定した額の範囲での実費
- ・ 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

◆記入要領 (記入例の番号と照合してください)

共通：□は該当するものに✓をご記入ください。

- ①本申請書を事業所(会社)に提出する日をご記入ください。
- ②移送された方についてご記入ください。
- ③できるだけ詳細にご記入ください。
- ④第三者行為、交通事故に該当した場合は事前に健保組合にご連絡ください。
- ⑤領収書に記載されている金額をご記入ください。
- ⑥給付金は給与合算振込みとなりますので必ずご記入ください。

◆添付書類 (いずれも原本)

- ①移送に要した費用の領収書、および、その明細がわかるもの
- ②医師または歯科医師の意見書
- ③傷病原因が第三者行為または交通事故の方 → 『第三者の行為による傷病届』

◆その他

- ・ 移送費を支払った日の翌日から起算して2年を経過した場合は申請ができません。
- ・ 毎月25日までに到着した申請分を翌月給与に合算して支給いたします。
- ・ 給付金支給金額はレゾナック健康保険組合ホームページの「MY HEALTH WEB」でご確認いただけます。

K008

※記入内容を訂正される場合は、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

二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。