

移送費支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合（組合員の遺族の方が申請される場合）のみ記入してください。

◎移送に要した費用をご記入のうえ、領収書を添付してください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任（代理人を通じての受領）を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合（代理人への受領委任を希望される場合）のみ記入してください。

全国土木建築国民健康保険組合 移送費支給申請書		提出区分	① 申請者から直接 ② 事業所を經由
○ 組合員（申請者）に関する項目			
組合員	被保険者証記号・番号	71-1505 38	氏名 鈴木 正夫 印
	住所	〒140-0001 東京都品川区東品川9-8	個人番号
	電話番号	(03) 1234-1234	① 自宅・2 携帯・3 その他 ()
	申請年月日	平成△△年△△月△△日	事業所名 平河土木株式会社
申請者区分 ① 組合員 ② 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合）			
申請者 氏名 個人番号 住所 電話番号 組合員との続柄			
○ 申請内容に関する項目			
移送を受けた者の氏名	鈴木 正夫	性別・生年月日	③ 男 ④ 昭 38 年 8 月 3 日
個人番号		発病又は負傷年月日	平成△△年△△月△△日
移送年月日	平成△△年△△月△△日	移送に要した費用の額	18,000 円
○ 受領方法、振込先等			
この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。			
受領方法 ① 私の下記口座に振込み願います。（直接組合から受領します。） ② 次の代理人に受領を委任します。			
平成 年 月 日 組合員 氏名 住所 ① (申請者) 住所			
代理人 氏名 住所 電話番号 申請者との関係			
振込先 金融機関名称 支店名称 コード D K H 銀行 品川支店 130 預金種目 口座番号 口座名義（フリガナ） 普通（組合を含む）・2 当座 0987654 (スズキ マサオ) 鈴木 正夫			

◎組合員（または遺族である申請者）が署名または、記名、押印してください。

◎組合員(または遺族である申請者)にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。（「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。）

◎移送を受けた被保険者氏名、その他申請内容をご記入いただく項目です。（記入方法にご不明な点がある場合、給付事務センターにご確認のうえ記入してください。）

◎「2」の場合は組合員（または遺族である申請者）が記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。

◎振込先を記入してください。（事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。）記入誤りがあった場合は振込送金ができませんので、できる限り通帳の写を添付してください。（その場合、この欄は記入不要です。）

◎事業主への受領委任を希望される場合、
①「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入のうえ、押印してください。
② 代理人の「氏名」欄に事業所名称と、事業主氏名を記入してください。（押印不要）
この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

◎ 添付書類について
次の書類を必ず添付して提出してください。（必ず原本が必要となります。）

・ 移送を必要とする医師の意見書
別紙「移送を必要とする意見書」に証明を受けていただくか、医療機関で交付されたものを添付してください。

・ 移送に要した費用の領収書
・ けがのために移送が必要となり、申請される場合は、けがの原因、状況等を確認させていただく必要がありますので、「組合員負傷届」を添付してください。（「組合員負傷届」は組合ホームページからダウンロードしていただくか、給付事務センターにお問い合わせください。）

○ 支給要件について
次のいずれにも該当する場合に支給します。


- ア 移送により適切な保険診療を受けたこと。
- イ 病気又はけがにより移動することが著しく困難であったこと。
- ウ 緊急その他やむを得なかったこと。

※ 支給額につきましては、別紙をご覧ください。

移送費支給申請書の記入例（別紙）

移送を必要とする意見書

◎医師に記入を依頼してください。

患者氏名	鈴木 正夫	生年月日	3 昭 4 平 38年 8月 3日
傷病名	急性穿孔性腹膜炎	移送年月日	平成 △△年 △△月 △△日
移送方法	寝台自動車により患者搬送する。		
移送経路	品川区北品川1-7 ~ 目黒区三田		
移送を必要と認めた理由	緊急に手術を要するも当院に設備がなく、また病状重篤のため寝台自動車で施設の整った厚生中央病院に搬送する必要があったため		
付添があった場合、必要と認めた理由			
上記のとおり証明します。 平成 △△年 △△月 △△日			
		所在地	東京都品川区北品川1-7
医師	医療機関名	高橋 医院	
	氏名	高橋 和男	
	電話番号	(03) 3320-1100	
			担当 

※ 医療機関で交付されたものを添付される場合、この意見書は添付不要です。

(移送に要した費用の領収書は必ず原本を添付してください。)

○ 支給額

次により算定した額を支給します。

ア 経路は必要な診療を行える最寄りの病(医)院まで、病気又はけがの状態に応じた最も経済的な経路で算定します。

イ 運賃は病気又はけがの状態に応じた最も経済的な交通機関の運賃で算定します。

ウ 医師、看護師等の付添人については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1人までの交通費を算定します。

エ 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、患者がその費用を支払った場合は、移送費とは別に現に要した費用の範囲内で療養費を支給します。