款	支　給　額
項	
目	円

常務理事	事務長	主 任	事 務	担当者

アンリツ健康保険組合御中　　被保険者 家　族

移送費　支給申請書

令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄

被保険者	記号					番号								被保険者氏名		
住 所														TEL		

以下により請求します。 ただし、保険給付金の在職中受領を下記事業主に委任します。

移送を受けた者の名前	氏 名		生年月日	昭・平・令　年　月　日	続 柄	
傷 病 名			発病又は負傷年月日	令和　年　月　日		
発病または負傷の原因			第三者の行為によるものですか	□はい　□いいえ		
移送年月日	令和　年　月　日	移送の方法（利用交通機関）		移送に要した費用	円	
移送の区間	所在地		所在地			
	医療機関等名称	から	医療機関等名称	まで		
移送の理由（移植に係る搬送の場合はその旨）						
付添人が同乗した場合	氏名		住所		人件費	円

退職者記入　**退職後（退職予定者）**の請求の場合は、本人名義の振込口座をご記入下さい。　**※ゆうちょ銀行は不可**

金融機関名	支店名	種類	口 座 番 号	フリガナ	
		□普通 □当座		口座名義	

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
（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）　備考欄

【添付書類】　移送に要した費用の額を証明する書類・領収書等を添付してください

※次の3つの要点を満たし、医師の指示により移送した場合に適用されます（転移等すべてに適用されるものではありません）

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（当該医療機関の設備では適切な保険診療が受けられない）

②療養の原因である病気・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

事業主証明欄

この請求が正しいことを証明します。

委任を受けた保険給付は当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。

令和　　年　　月　　日

事 業 所 名

事業主（代理人）名

健保組合記入欄

資格取得日	昭・平・令　年　月　日	移送区間	請 求 金 額	円
資格喪失日	令和　年　月　日	から	支 給 額	円
移送年月日	令和　年　月　日	まで		

備考

受付NO	
受付年月日	

2412K08

移送を必要とする医師の意見書

（移送元の医師がご記入ください）

患者氏名		性別	男・女	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
傷病名				診療開始日	令和　　年　　月　　日
移送日	令和　　年　　月　　日	移送方法（利用交通機関）			

移送区間	移送元	移送先
	所在地	所在地
	医療機関等名称　から	医療機関等名称　まで

移送を必要と認めた理由（要点がわかるよう具体的に記入）	
※付添が必要な場合は、必要と認めた理由	

○印および根拠を記入		
	移動困難でしたか	いいえ ・ はい （　　）
	移送元医療機関の設備等で十分な診療が可能でしたか	はい ・ いいえ （　　）
	移送は、緊急・やむを得ないものですか	いいえ ・ はい （　　）
	移送には、患者または家族の希望が反映されていますか	はい ・ いいえ （　　）

上記の理由により、移送が必要であると認めます。

令和　　年　　月　　日

医療機関　所在地

名　称

担当医師の氏名　　㊞

TEL

【基準】次の3つの要点を満たし、医師の指示により移送した場合に適用されます。

①当該医療機関の設備では適切な保険診療が受けられない

②療養の原因である病気・けがにより移動が困難であること　③緊急やむを得ないこと