

**被 保 険 者**  
**健康保険 移送費支給申請書**  
**被 扶 養 者**

\* 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合、備考欄にマイナンバーを記載してください。  
 (その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

|   |   |
|---|---|
| 確認欄<br>(チェック)<br><input type="checkbox"/> | この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。<br>① 申請者本人(被保険者)が作成したものである<br>② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |
|---|---|

|  |                             |   |   |  |                 |                    |          |
|--|-----------------------------|---|---|--|-----------------|--------------------|----------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄   | 被保険者証<br>の記号番号              | 記号  | 番 号   | フリガナ   |                 |                    |          |
|  | 事業所名<br>(所属部署)              |   |   |  |                 |                    |          |
|  | フリガナ                        |   |   | 被保険者<br>との続柄   |                 | 第三者の行為に<br>よるものですか | ・いいえ ・はい |
|  | 移送を受け<br>た者の氏名              |   |   |  |                 |                    |          |
|  | 傷病名                         |   |   | 発病または<br>負傷年月日   | 平成・令和           | 年                  | 月 日      |
|  | 発病または<br>負傷の原因              |   |   | 移送に要した費用   | 円               |                    |          |
|  | 移送の方法                       | ・飛行機 ・タクシー<br>・電車 ・その他(                             |   | 移送年月日  | 平成・令和           | 年                  | 月 日      |
|  | 移送の経路                       |   |   |  |                 |                    |          |
|  | 移送に関<br>して付添<br>いがあっ<br>た場合 | 付添人氏名   |   |  | 付添人に係る<br>移送の費用 |                    |          |
|  |                             | 付添人住所   |   |  |                 |                    |          |
| 個人番号が記載された申請書を<br>事業主経由で提出する方  |                             |   | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。<br>(*委任する方は口にし点を付けてください。) |  |                 |                    |          |
| <u>在職者の方</u>   |                             | 本請求に基づく給付金の受領を事業主(代理人)に委任します。<br>令和 年 月 日<br>被保険者氏名 |   |  |                 |                    |          |
| <u>退職後の方</u>   |                             | 銀行<br>金庫<br>信用組合                                    | 支店<br>出張所<br>支所   | <input type="checkbox"/> 座番号<br>□□□□□□□□<br><input type="checkbox"/> 座名義(カタカナ) | 普通・当座           |                    |          |
| *被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合、本請求に基づく給付金の受領を<br>代理人に委任します。<br>令和 年 月 日<br>被保険者氏名<br>代理人の住所<br>電話番号 ( )<br>氏名                                  |                             |   |   |  |                 |                    |          |
| 委任者と代理人との関係  |                             |   |   |  |                 |                    |          |
| 上記のとおり申請します。<br>また、ジェイティ健康組合が必要により関係機関(医療機関等)に対し、内容照会等を行うことに同意します。<br>令和 年 月 日<br>ジェイティ健康保険組合 理事長 殿<br>住所<br>被保険者(申請者) 電話番号 ( )<br>氏 名 |                             |   |   |  |                 |                    |          |

|     |
|-----|
| 備考欄 |
|-----|

支払日付印

健保受付日付印

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

- \* 各種申請書の記載項目の  
被保険者証の【記号番号】欄、または【備考(個人番号)】欄のいずれかに必要項目を記載してください。  
被保険者証の【記号番号】に代えて、  
個人番号により申請する場合、申請書の記載項目【備考】欄に個人番号を記載してください。  
(その場合、被保険者証の記号番号は記載不要。)

なお、  
個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要となります  
ので、以下の書類を添付してください。

| 個人番号確認                          | 本人確認  |
|---------------------------------|---|
| ① 個人番号カード写                      | ① 個人番号カード写  |
| ② 通知カード写                        | ② 運転免許証写、運転経歴証明書、パスポート写、身体障害者手帳写、<br>在留カード写、特別永住者証明書等                   |
| ③ 個人番号が記載された住民票写、<br>住民票記載事項証明書 | ③ 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類であって、<br>写真の表示等の措置が施され、個人番号利用事務実施者が適当と認めるもの |

## 移送の費用を支払ったとき

- \* 負傷、疾病などにより移動が困難な患者が医師の指示により一時的、緊急的な必要性があつて移送せざるを得ない場合で、その病院または診療所までに要した交通費を支給する制度です。
- \* 支給を行うにあたっては、次の要件を全て満たしていると保険者が判断したときに限り、支給されるものです。
- ① 適切な保険診療を受けるためのものであること
  - ② 疾病または負傷により移動を行うことが著しく困難であること
  - ③ 緊急やむを得ないものであること

具体的には、

・負傷した患者が災害現場などから医療機関に緊急に移送された場合

・離島などで疾病にかかり、または負傷し、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施設では必要な医療が不可能であるか、また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

・移動が困難な患者であつて、患者の症状からみて、当該医療機関の設備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などに支給されます。

- \* 本人の希望(通院、便利性など)により転院したものである場合は、支給対象となりません。

### 1. 申請書類

- (1) 「移送費支給申請書」(給5)
- (2) 移送に関する担当した医師の証明書(給5-添付1)
- (3) 移送の事実を証明する書類(領収書原本等)

### 2. 提出時の注意

- (1) 移送に関する担当した医師の証明には、給5-添付1の証明欄に記入するようにして下さい。  
ただし、申請書の医師の証明欄に記載ができなかった場合は、同様の内容が記載された医師の証明書を添付して下さい。  
※移送をする側の病院の証明が必要となります。(移送先の病院の証明ではありません。)
- (2) 付添人が必要であった場合は、「付添を必要と認めた理由」欄に付添人が必要であった理由を医師により証明を得て下さい。

### 3. 注意事項

- (1) 支給決定にあつては、医療機関からの請求書(レセプト)を確認したり、被保険者および関係機関(医療機関等)に内容照会等を行う場合もありますので、同意するようお願いします。