

1枚目 (2枚1組)

健康保険 移送費申請書

記入例

【添付書類】以下、**原本**を提出ください

- 1) 移送に要した費用の領収書、及びその明細のわかるもの
- 2) ケガ（負傷）による申請の場合は「負傷原因届」

※通院、一時的・緊急的とは認められない場合は、移送費の支給対象となりません。

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号	記号 123	番号 456	資格情報のお知らせ、 資格確認書等に記載 されています。	
	従業員番号	123456		メールアドレス	〇〇〇〇@×××.co.jp
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		生年月日	☒ 昭和
		健保 太郎			☐ 平成 60 年 1 月 15 日
	住所	(〒 123 - 4567) 東京都〇〇区〇〇1-2-3			
電話番号 (日中の連絡先)	×××-×××-××××		☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）		

振込先指定口座	金融機関名称	〇〇		☒ 銀行 ☐ 農協 ☐ 本店
				☐ 信金 ☐ その他 ☒ 支店
				☐ 信組 () ☐ 出張所
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。			口座名義 の区分
	ケンポ・タロウ			
				☒ 1.申請者 ☐ 2.代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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。		年 月 日
	署名	印		被保険者(申請者)情報の住所と同じ
	住所	印		委任者と 代理人との 関係
	氏名	印		

口座名義が申請者本人であれば
記入不要

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

2枚目 (2枚1組)

健康保険 移送費申請書

必ず2枚1組で提出してください

申請内容	移送を受けた方	☒ 被保険者 ☐ 被扶養者 (氏名 健保 太郎)		
	移送を受けた方の生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 60 年 1 月 15 日 ☐ 令和	被保険者との続柄	本人
	傷病名	多発外傷、骨盤骨折、頭部外傷		
	発病または負傷の原因	山間部での転落事故により負傷し、現地医療機関に搬送後、高度医療機関での治療が必要と判断されたため		
	発病または負傷の年月日	2026 年 7 月 4 日		
	移送経路	〇〇県〇〇市 △△病院 から 東京都〇〇区 □□大学病院		
	移送方法	ドクターヘリ		
	移送年月日	2026 年 7 月 4 日		
	付添人の有無 及びその住所	☒ 有 (氏名 健保 三郎) ☐ 無 (〒 123 — 4567) 東京都〇〇区△△1-2-3		
	移送に要した費用の額	180,000 円	領収書（領収明細書）に記載されている金額をご記入ください。	
	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	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。		
	付添を必要と認め	※担当医師・歯科医師が記入・証明する欄 (移送を必要と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください)		
	移送経路			
	移送方法			
	移送年月日			
	上記のとおり相			
	医療機関の所			
	医療機関の名			
	医師の氏名	健保 三郎	電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇