

## 記入例

K-021 | P ( )

日立健康保険組合 御中

### 健康保険 被保険者 被扶養者 移送費請求書

※本枠内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 険 者 記 入 欄	2 提出日	令和〇〇年 4 月 1 日		被保険者等 記号・番号	1 0 0 0   1 0 0 0   0 0 0 0	被保険者氏 名	ケンボ マサミ 健保 正美		
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇		従業員番号		所属・電話	〇〇課 (TEL : 000-000-0000)		
	対象者氏名	健保 正美		生年月日	昭和 平成 令和	年 5 5 0 4 0 1	月 日	被保険者 との続柄	本人
	傷病名	急性骨髄性白血病		発病または 負傷した日	平成・令和〇〇年 3 月 15 日				
	傷病または 負傷の原因	不明		移送の方法 区間および 回数	3 札幌市から渋谷区まで 空輸で運搬、1回				
	移送の 年月日	令和〇〇年 3 月 15 日		移送に要した 費用	4 65,000 円				
5	第三者の行為によって負傷したものであるか、ないかの別		有 ・ 無						
6	給付金の振込みについて 【従業員】 事業所経由を選択している事業所の方: 委任状に基づき事業所へ振込みます ⇒ 委任状欄にご署名ください 個人払いを選択している事業所の方: 健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】 健保組合に届出されている口座へ振込みます								
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名: _____								

事業所コード			
事業所担当者			
年 月 日			
氏名			

#### 【注意事項】

移送費の支給額の算定方法は最も経済的な通常の経路および方法により移送された場合の費用で算定した金額を支給します。ただし、現に要した費用が限度となります。

#### 【添付書類】

- ・移送承認申請書・移送届
- ・費用の領収書(原本)

受付日付印

インプット

移送費の給付は健保組合で認められたものに限りますので、請求前に健保組合に連絡の上、「移送承認申請書・移送届」(健保指定帳票 K-022)を提出して承認を受けてください。

#### ◀特に注意していただきたいこと▶

移送費は、災害等で負傷した方が災害現場等から医療機関に移送された場合等、緊急でやむを得ない事情が有る場合に限って支給されます。このため通院や転院など緊急的とは認められないときは、移送費の支給対象とはなりません。

#### ◆ 記入要領 (記入例の番号と照合してください)

- ① 「被保険者」または「被扶養者」の該当する方にチェック(✓)をつけてください。
- ② 事業所(会社)に提出する日(任継・特退の方は健保組合へ提出する日)を記入してください。
- ③ 移送のために利用した交通機関とその経路と回数を記入してください。
- ④ 移送のために支払った費用を記入してください。
- ⑤ 交通事故等、第三者の行為によりけがをした場合には「有」を選択してください。この場合は速やかに健保組合へその旨連絡してください。
- ⑥ 給付金を給与に含めて支給される事業所(会社)の方は、記入してください。委任状作成の有無は、事業所(会社)の健保担当者に確認してください。

\* 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にも二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

#### ◆ 添付書類

- ① 移送承認申請書・移送届(健保指定帳票 K-022)
- ② 移送費用の領収書(原本)

#### ◆ 送付先

なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。

- ① 一般被保険者(従業員)の方  
事業所(会社)の健保担当者宛に送付してください。
- ② 任継・特退被保険者の方  
下記宛に送付してください。  
〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地  
東お茶の水ビル  
日立健康保険組合 業務(給付) 宛

#### ◆ 提出期限

費用を支払った日から2年以内に請求してください。(健保組合必着)