

記入例

K-022 P (P)

日立健康保険組合 御中

健康保険 被保険者 扶養者 移送承認申請書・移送届

※大枠線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)

2 提出日 令和 年 4 月 1 日

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	被保険者 (フリガナ) ケンボ マサミ		
	100001000000			被保険者 氏名 健保 正美	
	事業所 (会社)名称		従業員番号		
	株式会社○○○○○		○○課		
	対象者氏名		(TEL : 000-000-0000)		
	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
傷病または 負傷の原因		不明	発病または 負傷した日	平成 令和 00 年 3 月 15 日	
やむを得ない 事由で事後に 届出るときは その理由		骨髄移植のために、骨髄液の採取が行われた保険医療機関から移植実施保険医療機関まで、 骨髄液を運搬した。 緊急のため、事前申請ができなかった。			

医 師 ま た は 歯 科 医 師 の 意 見 欄	傷病名	移送年月日	令和 年 月 日
	移送を必要とする理由		
	移送の方法 区間および 回数	費用の見積書 ※移送後の場合は実費	円
	上記の通り、移送の必要を認めます 令和 年 月 日		
所在地 : 医療機関名 : 医師名 : T E L :			

事業所コード
事業所担当者
年 月 日
氏名

【添付書類】

・移送に際しての見積書(移送後の場合は領収書)(原本)

インプット

入院、転院、骨髓液の運搬等で下記に該当する場合に、この申請書をご使用ください。

1. 保険診療上 入院、転院等が必要であると医師が認めたもの
2. 緊急やむを得ず移送を行うとき
3. 患者の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

以上3点の条件を全て満たし、かつ健保組合が認めた場合に支給の対象となります。

《移送費の対象となる事例》

- ・負傷した患者が、災害現場等から医療機関に緊急に移送された場合
- ・離島等で疾病にかかり又は負傷し、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機関では必要な医療が不可能であるか又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
- ・移動困難な患者であって、患者の症状からみて当該医療機関の設備等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
- ・骨髄移植のために、骨髄液の採取が行われた保険医療機関から移植実施保険医療機関まで運搬した場合
- ・移植のために臍帯血を保存場所から移植実施保険医療機関まで搬送した場合

◆ 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事前に健保組合に届出ることができなかったときはその理由を具体的に記入してください。
 - ④移送が必要と認めた医師の証明をもらってください。
- *記入内容を訂正する場合には、訂正箇所に二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆ 添付書類

移送に際しての見積書(移送後の場合は領収書)(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年内に請求してください。(健保組合必着)