記入例

健康保険　被保険者 家族　移送費支給申請書　1/2 枚目

被保険者の記入欄	記号・番号	9999 － 106	事業所名	○○株式会社
	被保険者	氏名	生年月日	連絡先電話番号
		○井　○郎	平成 2 年 6 月 16 日	03（3000）0000
		住所		
		〒○○○－○○○○ 東京都港区△町○－○－○		
	移送された方	氏名	生年月日	被保険者との続柄
		○井　○香	平成 3 年 4 月 3 日	妻
		傷病名	発病（負傷）の年月日	移送回数
		胃潰瘍 腹部動脈瘤	令和 7 年 2 月 6 日	1 回
		傷病の原因と経過		
		胃潰瘍の手術のため○△病院入院中、腹部動脈瘤を併発		
		移送することになった経緯		
		緊急手術が必要になったが、○△病院には設備がないため、 □□病院で手術をうけることとなった		
		移送方法	移送に要した費用	
		(1) 寝台自動車 2　その他（　　）	３５，０００ 円	
		移送区間	移送年月日	
		自　○△病院　　至　□□病院	令和 7 年 2 月 6 日	
	受取方法 【在籍中の方】会社へ委任してください	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名　○井　○郎		
	受取方法 【退職後の方】振込先を記入してください（任継者は記入不要。登録口座へ振込）	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通・その他（　　）
		口座番号	（フリガナ） 口座名義	（　　）

※年月日は元号でご記入ください。

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領収書の原本を添付してください。
●外国語で記載されている場合は、翻訳者（本人・家族以外）の住所、氏名を明記した翻訳文を添付してください。

R7.4 三井健康保険組合

健康保険　被保険者 家族　移送費支給申請書　2/2 枚目

＜被保険者記入欄＞

記号・番号	9999 － 106	被保険者氏名	○井　○郎	事業所名	○○株式会社

医師の意見欄				
傷病名	胃潰瘍、腹部動脈瘤破裂			
患者は移動が著しく困難であったか	(はい)・　いいえ			
移送を必要と認めた理由	胃潰瘍の手術後、経過良好の所腹部動脈瘤を併発し、緊急手術の必要があったが、○△病院にはその設備がないため、□□病院へ移送した			
緊急性の有無	(有)・　無	有の場合はその理由	大量出血によりショック状態にあり、緊急に手術の必要があった	
移送先の医療機関	〒○○○－○○○○ 東京都大田区○町○－○－○ □□病院 電話 03　(0000) 0000			
移送方法	(1) 寝台自動車 2　その他（　　）			
移送経路	自　○△病院　　至　□□病院			
付添の有無	(有)・　無	有の場合はその理由	患者に点滴等の処置が必要なため、医師が同乗した	

上記のとおり相違ないことを証明する。　　令和 7 年 4 月 1 日

医療機関の所在地　東京都大田区○町○－○－○
名　称　○△病院
医 師 の 氏 名　△杉○蔵　　電話 03 (0000) 0000

移送費支給要件

移送費は、次のいずれにも該当すると三井健保が認めたときに、最も経済的な通常の経路・方法により移送された場合の旅費にもとづき三井健保が算定した額の範囲内での実費を支給します。

(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。
(2) 患者が療養の原因である病気・けがにより移動が著しく困難であること。
(3) 緊急その他やむを得ないこと。