

移送費支給申請書(A)

トランスコスモス健康保険組合

被 保 険 者 記 入 欄	① 被 保 険 者 記 号 番 号	記 号		番 号		② 会 社 の 名 称				
	フリガナ				印	資 格 取 得	昭和・平成・令和			
	③ 被 保 険 者 の 氏 名					④ 年 月 日	年 月 日			
	⑤ 被 保 険 者 の 住 所	〒								
	⑥ 連 絡 先 電 話 番 号	()			もしくは			()		
	⑦ 被扶養者が移送を受けたときはその者の氏名				被保険者との続柄					
	⑧ 傷 病 名				⑨ 発病または負傷年月日	平成・令和 年 月 日				
	⑩ 発病または負傷の原因									
	※⑩が外傷性の場合はこちらに記入してください。 (⑩への記入不要)	原 因 ・ 状 況								
		場 所 ・ 所 在 地								
		第 三 者 の 有 無	なし	あり (相手方の氏名:)						
	⑪ 診療等の支給または手当を受けた医療機関	名 称								
		所 在 地								
		医 師 名								
	⑫ 移 送 (予 定) 年 月 日	平成・令和 年 月 日								
⑬ 移送先医療機関の名称										
⑭ 移送を必要とする理由 (詳 細 別 紙 可)										
⑮ 移送に要した額、利用交通機関等			円	利 用 交 通 機 関		距離	Km			
⑯ 移送する前に申請することができなかったときはその理由										
⑰ 振 込 先 銀 行 口 座 ※普通預金口座をご指定ください					銀行	支店				
	口座番号						口座名義は、健康保険組合に登録されている被保険者名義と同一のものに限ります。氏名変更をされたときはご注意ください。			
	口座名義									

※申請に際し、必ず領収書原本を添付してください。

■移送費の支給要件

- 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.移動を行なうことが著しく困難であること
3.緊急その他やむをえないものであること

※左記の支給要件を満たしていることを具体的に証明できる書類を添付してください。

(例)・災害現場などで負傷し、医療機関に緊急に移送された場合

- ・離島などで病気・ケガをし、その症状が重篤かつ、付近の医療機関では適切な医療が受けられないなどの理由で移送された場合
・移動困難であり、当該医療機関の設備など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

健 保 記 入 欄	受付年月日				備 考				
	決定年月日	令和 年 月 日			支給決定額	円	相 殺	円	
	資格関係	取得	昭・平・令 年 月 日			喪失	昭・平・令 年 月 日		
	請 求				受付印				
	H		P						
	N		S						
	K								
	決裁書番号					/	/	/	

移送費支給申請書(B)

トランスコスモス健康保険組合

被保険者記号番号		記号		番号		被保険者氏名		印	
医師の記入欄	傷病名					発病または 負傷年月日		平成・令和 年 月 日	
	移送を必要と認めた理由 ※症状、その他具体的に記入してください								
	移送の方法								
	移送先病院の名称								
	移送区間	から まで						移送回数	回
	上記の理由で移送の必要を認めます。 平成・令和 年 月 日 所在地 医療機関名 医師の氏名 印 電話番号								

移送費支給申請書(Ｃ)

移送に関する内容

トランスコスモス健康保険組合

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者記号番号		記号		番号		被保険者氏名		㊞	
	移送日	移送区間				利用交通機関	移送に要した額	距離		
	/	～					円	km		
	/	～					円	km		
	/	～					円	km		
	/	～					円	km		
	/	～					円	km		
	合計金額						円			
	移送後	1. 入院 2. 入院外								

※上記欄に記入した移送に要した費用について、全ての領収書原本を以下に貼付してください。

(領収書貼付欄)