

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・医療機関記入用

申請内容	移送を受けた方の氏名 及び その続柄	氏名 (続柄)
	移送を受けた方の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	傷病名	
	発病または負傷の原因	
	発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	円
	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	
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	
	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日 住所 〒 - 医師または歯科医師の 氏名

※記号欄は 10=豊田合成 11=健保 12=一榮工業 13=TGウェルフェア 14=TGメンテナンス 15=TGロジスティクス 18=TG SPORTS
30=TGテクノ 31=TGAP 32=ティーンズ・オブ・シート 34=豊田合成東日本 35=豊田合成九州 40=豊田合成日乃出
41=海洋コム 50=豊信合成 90=任意継続

《申請条件》

- (1) 移送の目的である療養が医師の指示による保険診療として適切であること
- (2) その療養の原因となる傷病によって、自力の移動が困難であること
- (3) 緊急を要しその他やむを得ないものであること

例：① 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

- ② 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察が出来ず、医師の指示により緊急に転院した場合
- ③ 骨髄移植のために、骨髄液の採取がおこなわれた保険医療機関から移植実施保険医療機関までの運搬した場合
- ④ 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運送した場合

《支給される範囲》

- (1) 患者の交通費（最も経済的な通常の経路・方法より移送された場合の費用に基づき算定した額）
- (2) 医師等の付添人の交通費
（医師が医学的管理の必要があると判断した場合に限り、原則として1人分の交通費）

《申請不可》

- (1) 重症のため移送車を使って転院した場合でも、自己都合によるものは移送費の対象となりません

《注意事項：権限・権利の代位取得、時効》

- (1) 豊田合成健康保険組合は、必要事項応じて文書の提出を求めることができる
- (2) 負傷の原因が第三者によるものであるときには、別に「第三者行為による傷病届」の提出が必要です
- (3) 豊田合成健康保険組合は、第三者行為による事故の保険給付をしたときはその給付額の限度において損害賠償の権利を取得する。また、損害賠償を受けた者には保険給付はしない（免責）
- (4) 請求権の時効は、費用を支払った日の翌日から起算して2年です

《添付書類》

- (1) 移送に要した領収書