

「移送費(事前)申請書」(健-21①)が承認された後に、「移送費支給申請書(健-21②)」を当健保組合へ提出してください

移送費(事前)申請書

健康保険 記号・番号 ①	記号 1	番号 XXXXX	事前申請日 ②	2021年 12月 21日
被保険者氏名 (自署) ③	氏名 健保 太郎	生年月日 ☑S.□H: 41年 12月 20日生	移送対象者 ④	<input type="checkbox"/> 被保険者 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (対象の被扶養者氏名等をご記入ください) 氏名 健保 はなこ 生年月日 ☑S.□H.□R: 40年 12月 21日生
連絡先(日中連絡 可能な電話番号)	⑤090 (1234) 5678	移送理由 ⑦	災害現場で負傷し、緊急で医療機関へ移送された	
傷病名 及びその原因 ⑥	全身複雑骨折 大木が倒れてきて負傷した。		移送予定経路 ⑨	奥多摩 から 新宿 まで (km)
発病又は 負傷の年月日 ⑧	2021年 12月 10日		移送に要する 概算費用 額 ⑪	30,000 円 (移送費用の内訳がわかる書類を添付してください)
移送方法	⑩ タクシー		付添人予定 者氏名 ⑫	
移送年月日	2021年 12月 10日		第三者(加害者) 氏名の住 所・連絡先 ⑬	〒() TEL: ()
付添人の有無	☑無・□有(有の場合は右欄を記入)		第三者(加害者) 氏名の住 所・連絡先 ⑬	〒() TEL: ()
第三者行為の有無	☑無・□有(有の場合は下欄・右欄を記入)		第三者(加害者) 氏名の住 所・連絡先 ⑬	〒() TEL: ()
第三者(加害者) 行為者の氏名			第三者(加害者) 氏名の住 所・連絡先 ⑬	〒() TEL: ()

医師意見欄	移送となった対象者氏名	対象者生年月日	□S.□H.□R: 年 月 日生		
	傷病名	移送年月日	年 月 日		
	移送を必要とした理由				
	必要と認めた移送の区間	から	まで (km)	回数 回	
	付き添いがある場合は、その付添人を必要とした理由				
上記のとおり移送の必要を認めます。		診断年月日:	年	月	日
医療機関名称:					
医療機関 所在地:					
保険医 医師氏名:					
ジブラルタ健康保険組合 理事長殿					

※ 「移送費(事前)申請」(健-21①)が承認された後に、「移送費支給申請書(健-21②)」を当健保組合へ提出してください
※ 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー(個人番号)で申請される場合には、番号欄へマイナンバー(個人番号)を記載してください。

【添付書類】請求書兼明細書(移送費用の内訳がわかる書類)

〈移送費支給額〉

- ・移送費の支給額は、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算定した額の範囲内での実費となります
- ・医師等の付添人は、医学的管理等の必要があると判断した場合に限り、原則として1人分の交通費が算定されます
- ・移送時に医学的管理等を行い、患者がその費用を支払った場合には、移送費とは別に療養費の一定部分として支給されます

〈支給条件〉

- 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 療養の原因である病気やけがにより移動困難であること
- ③ 緊急その他やむを得ないこと

受付日付印

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB: 大槻事務所

PGF・CLIS・協栄年金ホーム・PGI・三栄収納サービス・PGビジネスサービス・GIB労働組合: 各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



健-21①(2024.12)

ジブラルタ健康保険組合

次のいずれにも該当する場合にこの申請書をご使用ください

- ①移送の目的である療養が保険診療として適切である
- ②患者が当該療養の原因である負傷、疾病により移動困難であった
- ③緊急その他やむを得ない場合

【記入要領(記入例の番号と照合してください)】

①健康保険記号・番号(法規則第 82 条)

健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載のある記号・番号をご記入ください

②事前申請日

申請日(書類記入日)をご記入ください

③被保険者氏名・生年月日

被保険者の氏名及び生年月日をご記入ください

④移送対象者(法規則第 82 条)

移送対象者についてご記入ください

対象者が扶養者の場合は被扶養者の「氏名」、「生年月日」についてもご記入ください

⑤連絡先

日中連絡可能な電話番号をご記入ください

※不備等があった場合にご連絡差し上げる場合がございます

⑥傷病名及びその原因(法規則第 82 条)

移送を行うに至った「傷病名」とその「原因」をご記入ください

⑦移送理由

移送を行うに至った「理由」をご記入ください

⑧発病又は負傷の年月日(法規則第 82 条)

⑥で記入いただいた傷病の「発病または負傷年月日」をご記入ください

⑨移送予定経路(法規則第 82 条)

移送に使用される「経路」をご記入ください

⑩移送方法・移送年月日(法規則第 82 条)

移送方法(所要する交通手段等)と移送実施年月日をご記入ください

⑪概算費用額(法規則第 82 条)

移送に要する費用の概算をご記入ください

⑫付添人の有無(法規則第 82 条)

移送の際に医師や看護師等の付き添いを必要とする場合は、「付添人の有無」及び「付添人予定者氏名」についてもご記入ください

付添人がいない場合は「無」にチェックを入れてください

⑬第三者行為の有無(法規則第 82 条)

⑥で記入いただいた傷病の原因が第三者の行為による場合はご記入ください

第三者の行為による負傷でない場合は「無」にチェックを入れてください

⑭医師意見欄(法規則第 82 条)

医師による記入及び証明が必要となります。医療機関へ事情を説明の上、記入を依頼してください

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。

*各事業主の健康保険担当			
事業主名		担当部署	
ジブラルタ生命保険株式会社		社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所: Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー	
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ健康保険組合	総務担当

移送費支給申請書 (移送費(事前)申請書の承認後に提出)

健康保険 記号・番号 ①	記号 1	番号 XXXXX	支給申請日 (事前申請日) ②	2021年12月27日 (2021年12月21日)	
被保険者 氏名(自署) ③	健保 太郎		移送日 ④	2021年12月10日から 2021年12月10日まで (1日間)	
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> S. <input type="checkbox"/> H: 41年12月20日生		被扶養者 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> S. <input type="checkbox"/> H. <input type="checkbox"/> R: 40年12月21日生	
被扶養者の移送 の場合	被扶養者 氏名	健保 はなこ ⑤	被扶養者 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> S. <input type="checkbox"/> H. <input type="checkbox"/> R: 40年12月21日生	
移送経路 ⑥	奥多摩 から 新宿 まで () km			移送 回数	1 回
実際に利用した 移送方法 ⑦	タクシー		移送に要した 費用	⑧ 30.000 円 (領収書原本と明細書を添付)	
移送先 医療機関名 所在地 連絡先 ⑨	医療機関所在地: 〒(170 - XXXX) 東京都豊島区東池袋 X-X-X 医療機関名: XXX 病院 医療機関連絡先TEL: 03 (XXXX) XXXX				
付添人がいる場 合の氏名 ⑩			付添人の 職業・勤務先 (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	職業: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他() 勤務先: ()	
付添人の住所・ 連絡先 ⑪	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他() 〒(-) TEL: ()				
振込希望の 金融機関 ⑫	銀行名 (銀行コード)	XXX 銀行 信用金庫 (銀行コード: 0000)	支店名 (支店コード)	XXX 支店 (支店コード: 123)	
	口座番号	普通 預金 XXXXXXXX	口座名義	被保険者名義	

※時効…移送に要した費用を支払った日の翌日から2年(健康保険法 第193条)

※健康保険の記号-番号の代りにマイナンバー(個人番号)で申請される場合には、番号欄へマイナンバー(個人番号)記載してください。

【確認書類】

移送に要した費用の「領収書(原本)」及び「内訳明細書」を添付して下さい

ご提出いただいた「領収書(原本)」等の返還はできません

健康保険法 施行規則 第八十二条 (移送費の支給の申請)

移送費の支給を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出しなければならない。

一 被保険者等の記号及び番号又は個人番号 二 移送を受けた者の氏名及び生年月日 三 傷病名及びその原因並びに発病又は負傷の年月日
四 移送経路、移送方法及び移送年月日 五 付添いがあったときは、その付添人の氏名及び住所 六 移送に要した費用の額 七 疾病又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨)

二 前項の申請書には、次に掲げる事項を記載した医師又は歯科医師の意見書及び同項第六号の事実を証する書類を添付しなければならない。

一 移送を必要と認めた理由(付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由) 二 移送経路、移送方法及び移送年月日

三 前項の意見書には、これを証する医師又は歯科医師において診断年月日及び氏名を記載しなければならない。 四 (略)

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB: 大槻事務所

PGF・CLIS・協栄年金ホーム・PGI・三栄収納サービス・PGビルサービス・GIB労働組合: 各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



受付日付印

【提出書類】

※事前に「移送費(事前)申請書」をご提出ください。

- ・「移送費支給申請書」
- ・移送に要した費用の「領収証」(原本)
- ・移送に要した費用の「内訳明細書」(原本)※ある場合

【記入要領(記入例の番号と照合してください)】**①健康保険記号・番号(法規則第 82 条)**

健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載のある記号・番号をご記入ください

②支給申請日及び事前申請日

申請日(書類記入日)をご記入ください

事前申請日欄は「移送費(事前)申請書」の申請日をご記入ください

③被保険者氏名及び生年月日

被保険者の氏名及び生年月日をご記入ください

④移送日

移送を行った日にちをご記入ください

⑤被扶養者の移送の場合(法規則第 82 条)

移送対象者が被扶養者の場合には被扶養者の「氏名」・「生年月日」をご記入ください

⑥移送経路(法規則第 82 条)

実際の移送に使用した「経路」及び「回数」をご記入ください

⑦実際に利用した移送方法(法規則第 82 条)

実際の移送に使用した「移送方法」(所要する交通手段等)をご記入ください

⑧移送に要した費用(法規則第 82 条)

実際の移送に要した費用をご記入ください

⑨移送先医療機関

移送先の医療機関について「所在地」・「医療機関名」・「連絡先」をご記入ください

⑩付添人がいる場合(法規則第 82 条)

移送の際に医師や看護師等の付き添いを必要とした場合は、「付添人氏名」及び「付添人の職業・勤務先」についてもご記入ください

⑪付添人の住所・連絡先(法規則第 82 条)

付添人の住所や連絡先についてご記入ください

⑫振込希望の金融機関

被保険者名義の振込希望金融機関をご記入ください

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。

・各事業主の健康保険担当

事業主名		担当部署	
シブラルタ生命保険株式会社		社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所: Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー	
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
プルデンシャルシブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	シブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	シブラルタ健康保険組合	総務担当