「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	記号		番号	事前申請日	年　月　日
被保険者氏名 （自署） 生年月日	氏名 □S.□H:　年　月　日生			移送対象者	□ 被保険者 本人 □ 被扶養者 （対象の被扶養者氏名等をご記入ください） 氏名 生年月日 □S.□H.□R:　年　月　日生
連絡先（日中連絡可能な電話番号）	（　）			移送理由	
傷病名 及びその原因					
発病又は 負傷の年月日	年　月　日			移送予定経路	から　まで （　km）
移送方法				移送に要する概算費用額	円 （移送費用の内訳がわかる書類を添付してください）
移送年月日	年　月　日				
付添人の有無	□無・□有（有の場合は右欄を記入）			付添人予定者氏名	
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	〒（　－　） TEL:　（　）
第三者（加害者） 行為者の氏名					

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　医療機関名称:
　　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・三栄収納ｻｰﾋﾞｽ・PGｼﾞﾈｽｻｰﾋﾞｽ・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。

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	記号		番号		支給申請日 （事前申請日）	年　月　日 （　年　月　日）	
被保険者 氏名（自署）					移送日	年　月　日　から 年　月　日　まで （　日間）	
生年月日	□S.□H:　年　月　日生						
被扶養者の移送の場合	被扶養者 氏名			被扶養者 生年月日	□S.□H.□R:　年　月　日生		
移送経路	から　まで　（　km）					移送 回数	回
実際に利用した 移送方法					移送に要した 費　用	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	医療機関所在地:　〒（　ー　） 医療機関名: 医療機関連絡先TEL:　（　）						
付添人がいる場合の氏名				付添人の 職業・勤務先 （該当に☑）	職業:□医師　□看護師 □その他（　） 勤務先:（　）		
付添人の住所・連絡先	□自宅　□勤務先　□その他（　） 〒（　－　） TEL:　（　）						
振込希望の 金融機関	銀行名 （銀行ｺｰﾄﾞ）	銀行 信用金庫 （銀行ｺｰﾄﾞ:　）			支店名 （支店ｺｰﾄﾞ）	支店 （支店ｺｰﾄﾞ:　）	
	口座番号	普通 預金			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）を記載してください。

【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　被保険者等記号・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）
2　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
3　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。 **4**　（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・三栄収納ｻｰﾋﾞｽ・PGｼﾞｼﾞﾈｽｻｰﾋﾞｽ・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

健−21②（2024.12）
ジブラルタ健康保険組合