

# 記入見本 移送費支給申請書

**1** 記号・番号は保険証に記載されています。



**2** 傷病名および負傷・発病の原因の詳細をご記入ください。

**3** 移送後に診療を受けた医療機関名・所在地をご記入ください。

**4** 移送が行われた期間の始まりと終わりの日をご記入ください。

**5** 領収書に記載されている移送に要した費用をご記入ください。

**6** 医療機関の医師又は歯科医師より証明をいただってください。

※別紙、医療機関より発行された証明書の原本を添付される場合は、⑥欄の記入は不要です。

※裏紙使用禁止・A4印刷限定・修正液、修正テープ禁止（修正は修正箇所を二重線で消し、記入）

送付先	社内便の場合	TOTO株式会社 本社 TOTO健康保険組合 宛
	郵送の場合	〒802-8601 福岡県北九州市小倉北区中島2-1-1 TOTO健康保険組合 宛
問合せ先	電話番号	(内線)7-11-2182 / (外線)093-951-2182

## 健康保険 移送費支給申請書

◆本申請書と併せて添付資料として、移送費用の領収書およびその明細の分かるもの（いずれも原本）を必ずご提出ください。

※退職者（記号：105）の方は、社員番号は記入不要

保険証の記号・番号	記号	100	1	99999	社員番号	TOxxxxx	連絡先	(内線) 7 - xx - xxxx (外線) xxx - xxx - xxxx			
被保険者氏名	(フリガナ)	ドウトウ タロウ		東陶 太郎	住所	〒100 - xxxxx 東京都千代田区〇〇1-1-1					
対象者氏名	(フリガナ)	ドウトウ ハナコ		東陶 花子	対象者	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	生年月日	1 年 2 月 1 日	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	
負傷又は発病日	<input type="checkbox"/> 平 <input checked="" type="checkbox"/> 令	4 年 9 月 1 日		負傷・発病の原因	自宅の階段で足を踏み外し、転倒したため						
傷病名	右大腿頸部骨折										
傷病の原因は第三者行為(交通事故・けんか等)によるものか	<input type="checkbox"/> はい → "はい"の場合 <氏名> _____ <住所> _____ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ										
移送後診療を受けた医療機関	<名称> xx総合病院 <所在地> 東京都中央区〇〇1-1-1										
移送後の診療状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 入院		移送期間	令 5 年 10 月 1 日		4	令 5 年 10 月 2 日	移送に要した費用	20,000		5

患者氏名	患者生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日
傷病名					
移送期間	令 年 月 日	～	令 年 月 日	移送に要した費用	円
移送の方法 区間回数	<b>6</b>				
移送を必要とした理由	※症状等を具体的に記入ください。また、付添人があった場合は、その付添人を認めた人数、理由を記入ください。				
上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日	医療機関等 所在地	:		
		医療機関等 名称	:		
		医師 氏名	:		

健康使用角 交付日

対	<input type="checkbox"/> 本人	負	<input type="checkbox"/> 一般	計		円
象	<input type="checkbox"/> 家族	担	<input type="checkbox"/> 未就学	算		
権	<input type="checkbox"/> 取得中	割	<input type="checkbox"/> 高齢2割	基		
認	<input type="checkbox"/> 喪失済	合	<input type="checkbox"/> 高齢3割	礎		

(RS.10改)

### 【移送費の支給をうける条件】

※下記、①～③のいずれにも該当し、TOTO健康保険組合が適切であると判断した場合のみ支給対象となります。

①	移送の目的である療養は保険診療として適切であること
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ること
③	緊急その他やむを得ないこと

※移送費として、健康保険組合より給付される額は、『最も経済的な通常な経路および方法により移送された場合の費用により算定された額（実際に要した費用を限度として）』に、自己負担割合（3割もしくは2割）を乗じて得た額を除いた額を基準として、支給を行います。

※医師、看護師等付添人に関する費用については、医学的管理が必要であったと医師が判断する場合に限り、原則として1人までの交通費を移送に要した費用として算定を行います。

≪時効≫：搬送に要した費用を支払った日の翌日から2年

TOTO健康保険組合  
ホームページ

