

相模原市
国民健康保険

退 退 一
本 扶 般

国民健康保険移送費支給申請書

(表)

※太線の中をご記入ください。

被保険者記号・番号		移送を受けた方の氏名		生年月日	
10- 1 8		フリガナ		昭平 年 月 日 令	
移送を受けた方の個人番号			性別		1. 男 2. 女
移送年月日		年月日		移送に要した費用額 (領収書等添付)	
発病又は負傷年月日		年月日		円	
傷病名及びその原因		申請額		円	
移送経路					
移送方法					
付添人の氏名及び住所等		氏名		住所等	

振込指定先	金融機関名	銀行・信金・信組 労金・農協		本店 支店	店番号
	預金の種類	1. 普通 2. 当座	口座番号	名義人 フリガナ 氏名	

上記のとおり移送費の支給を申請します。
 振込先の口座名義人が申請者(世帯主)と異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって相模原市からの支払金の受領と認めます。

住所 _____
 氏名 _____
 申請者(世帯主) 個人番号 _____
 電話番号 自宅 ()
 緊急連絡先 ()

相模原市長 あて ※国民健康保険に関するご連絡に使用します。

国民健康保険課 年金課 処理欄	9	15	連合会審査済印		本人確認欄	身元確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人		代理権確認		
	受付年月日、 受付場所		令和 年 月 日 ()区民課 ・まちづくりセンター・出張所	受付者		写真有(1点) <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留C <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精) <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有) <input type="checkbox"/> その他()	写真無(2点以上) <input type="checkbox"/> 保険証(国・後・社) <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 医療証(障・親・) <input type="checkbox"/> その他()	代理人氏名 ()		
	住民コード		移送月	実日数		移送に要した費用	番号確認 <input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> その他()		本人との関係	
	16	25	26	30		31	33	34	43	44
店番号	種目	口座番号		口座名義人						
48	50	51	52	58	59	78				
支給決定額			療養 種別	8,移送費	89	90	91	備考		
79			88	8	5	1				

(裏)

※ 意見書の記入は、原則として、転院元または在宅医療を行った医療機関で記入してください。

相模原市 国民健康保険	移送に関する医師の意見書			医療機関が記入
被保険者 記号・番号	10-	移送を受け た方の氏名		
住 所	相模原市	生年月日	年	月 日
傷病名及び その原因		発病又は 負傷年月日	年	月 日
移送年月日	年	月	日	移送方法
移送経路				

移送を必要と認めた理由

○傷病等の状況

A《人の移送の場合》

1 転院先の病院に緊急的に入院せざるを得ない医学的理由

2 移送先の病院を選択した具体的な治療目的と医学的理由
(系列病院、住居・勤務先に近いなど本人・家族の希望等は移送費の対象外です。)

3 寝台車でなければならない医学的理由

4 傷病名が自傷行為・精神疾患による自宅からの移送の場合、その患者の状態

B《移植術及び造血幹細胞採取の場合に伴う医師の派遣及び摘出臓器等を搬送した場合》

1 移送を必要とした理由

2 付添人(医師・看護師)を必要と認めた医学的理由

上記の理由により、移送の必要を認めます。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名 電話番号 ()

移送費支給申請書の記載と添付書類について

1 移送費の支給対象（次のすべてに認められることが必要です。）

- ・目的である療養が保険診療として適切である
- ・療養することとなった原因の病気やケガにより、移動困難である
- ・医師の指示により、一時的、緊急的に移送が必要であり、やむを得ない

2 下記のような場合に当たるものは、移送費の支給対象外となります。

- ・通常のタクシー・救急車での移送
- ・通院や検査のための移送
- ・本人の希望による転院のための移送
- ・家族の都合による移送（自宅近くの病院等へ転院するためなど）
- ・病院の都合による移送（長期的な医療管理、リハビリに対応してないなど）
- ・その他一時的、緊急的と認められない場合

※上記以外の場合であっても、医師の意見書に「1 移送費の支給対象」であることの詳細な記載が無い場合は、支給対象外となる場合があります。

3 申請書記載上の注意

- ・移送に要した費用額 …… かった費用を記入してください。
- ・振込指定先欄 …… 申請者（世帯主）名義の口座を記入してください。
口座名義人が、申請者と異なる場合は、申請者がその口座名義人に支給金の受領を委任したとみなさせていただきます。
- ・付添人の氏名及び住所等 …… 医師・看護師が付添した場合に記入します。
※「付添人」とは医師や看護師のことで、家族が付添っても付添人とはなりません。
- ・申請者 …… 世帯主となります。

4 申請書に添付する書類

- ① 支払った費用の領収書（宛名のあるもの）
- ② 患者輸送報告書（患者を輸送した業者が発行）⇒経路（移送区間・距離・時間）、要した費用の内訳の記入があるもの

5 申請書の提出時期と支給時期

毎月1日から月末までの申請分を、申請月の3か月後の20日以降に支給します。

提出された書類の内容により、医療機関等への照会等が必要な場合は、支給可否の決定までお時間がかかる場合があります。

なお、保険税に未納がある場合は、納税のご相談をさせていただきます。

[お問い合わせ先]
相模原市国民健康保険コールセンター
〒252-5277
相模原市中央区中央2丁目11番15号
電話042（707）8111