事業所担当者	移送年月日: 年 月		GL	担当者	担当者	
確認印	移达千月日: 午 月	日				
	金額					
↑ 灯火 性 田の		円			<u> </u>	
↑任継・特退の		-				
加入者は押印不要						
≪申請書の	在職中の方 → 事業所(勤務先	:) の健保担当	á部門 <mark>→ </mark>	上 保 → 事業	所へ振込 →	本人の
						口座へ
流れ≫	任意継続・特例退職 の方 ―		——— L ^注	l合		振 込
	- k ·					
	本人级、	· # +	¬ ⇒± ±	-		

※被保険者は、太枠の中を記入して下さい。

=						76 10X 1/N 1993 1	101	N/IT V		NUCTOV.
被保険者等		移送された者の氏名					性り	別	続柄	
<u> по</u> 7	ш ,	J					اِ	男・	女	
傷病名					発病 負傷の	又は D原因				
発病又は 負傷年月日	令和	年	月	日		D行為に Dですか	はい ・ いいえ			いいえ
移送年月日	令和	年	月	日		り方法 通機関)				
移送の区間	所在地					所在地				
	医療機関等	 名称			から	医療機関等	名称			まで
移送の理由 (移植に係る搬送 の場合はその旨)							要	送た用	別紙領	下 収書の通り
付添いが 同乗した場合	付添人	の氏	名	〒	付添人 <i>0</i> 一)住所			付添	人の 人件費 円
被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※マイナンバーで申請の場合、申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。										
上記の通り申請いたします。 また在職期間中に係る申請の場合、本申請書の提出および、給付金の受領を事業主へ委任いたします。 申請した内容に不明な点が有った場合、富士フイルムグループ健康保険組合が関係機関等に対して、内 容照会を行うことおよび当該関係機関等が内容照会の回答をすることに同意します。										
富士フイルムグループ健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日										

被保険者 住 所

氏 名

- 注意事項:移送費の適用には、緊急性や移動の困難さなどが厳しく判断されます。
 - 次の4つの要件を満たした場合に適用されます。⇒①当該医療機関の設備等では適切な保険診療が受けられない。②移動が著しく困難である。③緊急・止むを得ない。④医師の指示による (転院等すべてに適用されるものではありませんのでご了承ください)
- 添付書類:移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。
 - * 外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付

時効: 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。

移送を必要とする医師の意見書

(移送元の医師がご記入ください)

患者氏名			· · · · ·	診療開始日	·				
					令和	年	月		日
		男	· 女	移送日					
生年月日 : 昭・平	• 令 年	月	日生		令和	年	月		日
傷病名				移送方法(利用交通機	関)			
			移送	区間					
 所在地	移送元			所在地		移送先			
77 12. 2				///					
 医療機関等名称				医療機関等名	 称				
			.2. >						J
① 当該申請は、移植		等の搬	から 送ですか?	<u> </u> 					まで
	_			・ 更になった場合等	はその旨ご記	入ください)
はい ・いいえ									
 設問①が「はい」の場合	、 }は、②以降の回?	答は不要	i。「いいえ」	の場合のみ下	記②~⑤設問	へお進み。	ください	,	
 支給対象は、次の4つ0	の要件を満たした場	易合です			本的にご記入	 下さい。	,,,		
⇒1. 当該医療機関の 3. 緊急・止むを得				1ない。2. 移動	が著しく困難	誰である。			
(注意) 下記に、ひ				合 支給不可と	なります。				
② 移動困難でしたな) 、	A 20	+n +n . ≥Y √m /	(到1 2/21)					`
はい・いいえ		古、ての	化火火 " 計	(記入必須)					
									J
③ 移送元医療機関で	では適切な保険								`
はい ・いいえ		ロ、ての	1以7处。 計劃	(記八必須)					
① 投光计数台 94									<u></u>
④ 移送は緊急・やむを得ないものでしたか 「はい」の場合、その根拠・詳細(記入必須))	
はい ・いいえ									
				w.1-1-1-14	~ × 4n)- 1	7100	e		<u></u>
⑤ 当該移送は医師の※付添いがあっ	り指示によるも(った場合は、併 [・]					るものて	ごはない	١)	
>•<11119W4 % @>			り根拠・詳細		—)
はい ・ いいえ									
上記に掲げる理由に	より、移送が必	必要であ	ったと認	めます。		<u>۸ ت.,</u>	F	п	н
						令和	年	月	日
	所在地								
医療機関の	名称								
	担当した医師の)氏名						(1
		/)				·	_
	TEL	()					