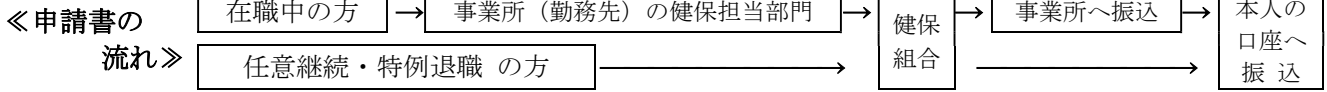


事業所担当者
確認印

移送年月日： 年 月 日
金額
円

支給決定伺		
令和	年	月 日
GL	担当者	担当者

↑任継・特退の
加入者は押印不要



本人家族 移送費申請書

※被保険者は、太枠の中を記入して下さい。

被保険者証		移送された者の氏名	性別	続柄
記号	番号			
			男 ・ 女	
傷病名		発病又は負傷の原因		
発病又は負傷年月日	令和 年 月 日	第三者の行為によるものですか		はい ・ いいえ
移送年月日	令和 年 月 日	移送の方法 (利用交通機関)		
移送の区間	所在地	所在地		
	医療機関等名称	医療機関等名称		から まで
移送の理由 (移植に係る搬送の場合はその旨)		移送に要した費用	円 別紙領収書の通り	
付添いが同乗した場合	付添人の氏名	付添人の住所		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：-1.本人確認のため書類(番号カード等の写し等)も添付してください。 -2.申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。			備考欄	
<p>上記の通り請求いたします。</p> <p>また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任いたします。</p> <p>富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>				

- 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 男 ・ 女	診療開始日 令和 年 月 日
	移送日 令和 年 月 日
生年月日 : 昭・平・令 年 月 日生	移送方法 (利用交通機関)
傷病名	
移 送 区 間	
移送元	移送先
所在地	所在地
医療機関等名称	医療機関等名称
から	まで
<p>① 当該申請は、移植にかかる臓器等の搬送ですか？</p> <p>はい ・ いいえ { 臓器等採取を行う医師等の派遣が必要になった場合等はの旨ご記入ください }</p> <p>設問①が「はい」の場合は、②以降の回答は不要。「いいえ」の場合のみ下記②~⑤設問へお進みください。</p> <p>支給対象は、次の4つの要件を満たした場合です。状況がわかるように具体的にご記入下さい。</p> <p>⇒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</p> <p><注意> 下記に、ひとつでも「いいえ」の回答が有る場合 支給不可となります。</p>	
<p>② 移動困難でしたか</p> <p>はい ・ いいえ { 「はい」の場合、その根拠・詳細 (記入必須) }</p>	
<p>③ 移送元医療機関では適切な保険診療が不可能でしたか</p> <p>はい ・ いいえ { 「はい」の場合、その根拠・詳細 (記入必須) }</p>	
<p>④ 移送は緊急・やむを得ないものでしたか</p> <p>はい ・ いいえ { 「はい」の場合、その根拠・詳細 (記入必須) }</p>	
<p>⑤ 当該移送は医師の指示によるものですか？ (患者または家族の希望によるものではない)</p> <p>※付添いがあった場合は、併せて付添いを必要と認めた理由</p> <p>はい ・ いいえ { 「はい」の場合、その根拠・詳細 (記入必須) }</p>	
<p>上記に掲げる理由により、移送が必要であったと認めます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関の 名称</p> <p>担当した医師の氏名 (印)</p> <p>TEL ()</p>	