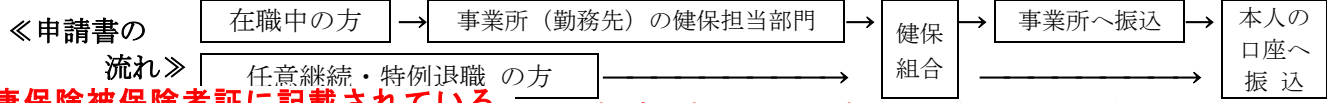


事業所担当者
確認印

↑任継・特退の
加入者は押印不要

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



健康保険被保険者証に記載されている「記号」と「番号」をご記入ください。選択肢のある項目は該当に○を付けてください。

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				
7	654321	健保 康太郎		男・女	
傷病名	発病又は負傷の原因		自宅の階段で転倒		
発病又は負傷年月日	令和 3年 12月 27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 3年 12月 28日	移送の方法（利用交通機関）		民間救急車	
移送の区間	所在地 南足柄市狩野1丁目23-4		所在地 横浜市富士見区緑町4-3-2		
	医療機関等名称 狩野外科医院		から	医療機関等名称 富士見医科大学病院	
移送の理由 (移植に係る搬送の場合はその旨)	損傷を受けた部位の様子から、緊急に、設備の整った医療機関での手術が必要と診断されたため。			移送に要した費用	6,700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※マイナンバーで申請の場合： <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>自己都合や病院都合による転院・転送等は、原則移送費の対象になりません。 治療上・療養上、緊急に移送が必要であるとした医師の判断が必要です。</p> </div>					
上記の通り請求いたします。 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。 富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿 令和 2年 1月 5日 被保険者 住所 南足柄市狩野 681 コーポゾ 201 氏名 健保 一郎					

- 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	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 治療上・療養上、緊急に移送が必要である 移送先 所在地
医療機関等名称	とした医師の判断が必要です。 から まで
① 当該申請は、移植にかかる臓器等の搬送ですか？ 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その旨ご記入ください)	
設問①が「はい」の場合は、②以降の回答はこのページは『移送元』の医師に問へお進みください。 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。 ⇒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 <注意> 下記は、ひとつでも「いいえ」の記入を依頼してください。	
② 移動困難でしたか はい ・ いいえ (「はい」の場合、その根拠・詳細(記入必須))	
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 はい ・ いいえ (「はい」の場合、その根拠・詳細(記入必須))	
④ 移送は緊急・やむを得ないものでしたか はい ・ いいえ (「はい」の場合、その根拠・詳細(記入必須))	
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) ※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 はい ・ いいえ (「はい」の場合、その根拠・詳細(記入必須))	
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。 令和 年 月 日 所在地 医療機関の 名称 担当した医師の氏名 (印) TEL ()	