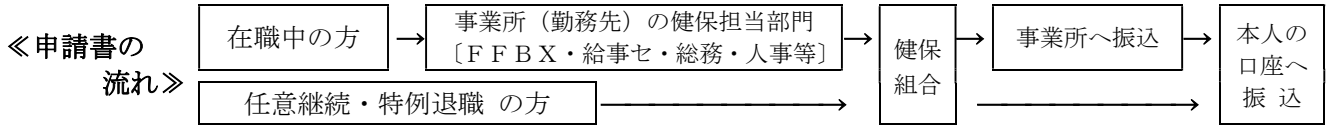


|               |
|---------------|
| 事業所担当者<br>確認印 |
|               |

↑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 |     |    |     |
| 常務理事     | 事務長 | GL | 担当者 |
|          |     |    |     |



## 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<br>負傷の原因 |                    |                  |               |
| 発病又は<br>負傷年月日  | 令和 年 月 日      | 第三者の行為に<br>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<br>(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<br>(移植に係る搬送<br>の場合はその旨)  |               |                    | 移送に<br>要した<br>費用 | 円<br>別紙領収書の通り |
| 付添いが<br>同乗した場合   | 付添い人の 氏 名     | 付添い人の 住 所          |                  | 付添人の 人件費      |
|  |               | 〒 ー                |                  | 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。<br>※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。<br>-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<br>欄          |               |
| <p>上記の通り請求いたします。<br/>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>富士フイルムグループ健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日</p> <p>被保険者 住 所<br/>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3つの要点を満たし、医師の指示により移送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。(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 | 日 |
| 傷病名  | 移送方法 (利用交通機関) |     |    |   |
| 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 |   |
| 移送を必要と認めた理由※ (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>下記設問には、○印を、また根拠を [ ] 内へご記入ください (移植に係る搬送の場合は下記不要)</p> <p>移動困難でしたか</p> <p>いいえ ・ はい [ ]</p> <p>移送元医療機関の設備等で十分な診療が可能でしたか</p> <p>はい ・ いいえ [ ]</p> <p>移送は、緊急・やむを得ないものでしたか</p> <p>いいえ ・ はい [ ]</p> <p>当該移送には、患者または家族の希望が反映されていますか</p> <p>はい ・ いいえ [ ]</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> |               |     |    |   |

※「移送を必要と認めた理由」欄は、下記の状況がわかるように具体的に記入して下さい。

→ 支給対象は、次の3つの要点を満たし、医師の指示により移送した場合です。⇒ 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。