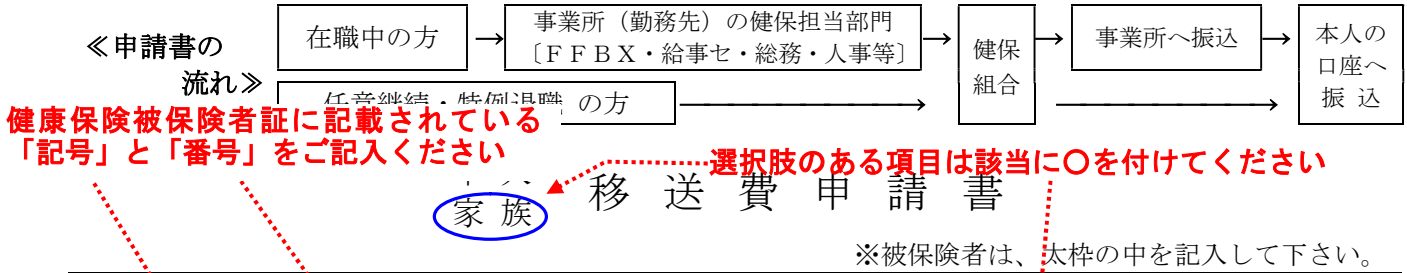


事業所担当者 確認印

↑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			
常務理事	事務長	GL	担当者



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	頸椎損傷	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 2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 2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	まで
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	付添い人の氏名	付添い人の住所	付添人の人件費	
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>自己都合や病状が安定した後の近隣への転院・転送等は、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>			円
被保険者証の記号・番号に ※マイナンバーで申請の場合				
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 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 令和 年 月 日
生年月日 : 昭・平・令 年 月 日生	
傷病名	移送方法 (利用交通機関)
移送期間 移送元 治療上・療養上、緊急に移送が必要である 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)	
<b>このページは『移送元』の医師に記入を依頼してください。</b>	
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)	
移動困難でしたか	いいえ ・ はい
移送元医療機関の設備等で十分な診療が可能でしたか	はい ・ いいえ
移送は、緊急・やむを得ないものでしたか	いいえ ・ はい
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	はい ・ いいえ
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 ( )	

※「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。