**（特退・任継用）**

移送費の申請手続きについて

１.支給条件

緊急またはその他やむを得ない理由により、病気やケガの治療のために入院や転院が必要で、

歩行不能または著しく困難な場合に車や電車を使った時に支給されます。

ただし、ふだんの通院にかかる費用、自己または家族の都合による転院などでは支給の対象

とはなりません。

２．支給対象

・タクシー、バス、電車などの運賃

・医師や看護士が付き添った場合の、原則として１人までの交通費

・運転手を雇った場合の賃金や宿泊費

３．支給額

最も経済的な通常の経路・方法により移送された費用を基準に算定された額の全額

４．申請方法

事前に「移送承認申請書」を提出して、当健保組合の承認を得てください。

５．書類送付先

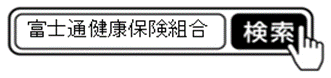
〒２１１－００６３

神奈川県川崎市中原区小杉町３－２６４－３　ユニオンビル４階

富士通健康保険組合　特例退職または任意継続担当　宛

※健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

　　　　　　　　以上



【 移送費について 】

**（特退・任継用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **移送承認申請書** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **申請者の記入欄** | 被保険者証 | 記号 | 記号入力 | 番号 | | 番号入力 | | | | | | | | |  | | | | |
| 氏名 | 氏名入力 | | | | | | | | | 電話 | | 電話番号入力 | | | | | |
| 移送対象者氏名 | | 申請対象者氏名入力 | | | | | | | | | 被保険者との続柄 | | | | 続柄選択 | | | |
| 傷病名 | | 傷病名入力 | | | | | | | | 業務内・外の別 | | | | | 業務内外選択 | | | |
| 発病・負傷の原因 | | 発病・負傷原因入力 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移送方法 | | 移送方法入力 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移送区間 | 移送元入力 | | | | | ～ | | | 移送先入力 | | | | | | | 入通院選択 | | |
| 移送期間 | 開始日選択 | | | | | | ～ | | 終了日選択 | | | | | | | 日数入力 | 日間 | |
| 上記のとおり申請いたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日付選択 | | | | 被保険者 | | | | 住　所 | | | | 住所入力 | | | | | | |
|  | | | | 署　名 | | | | 署名入力 | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | 連絡先 | | | | 電話番号入力 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医師の意見** | | 患者氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 傷病名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 診療開始日 | | | | | S・H・R | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | 移送方法 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 移送区間 | | | | |  | | | | | | | | | | | ～ | | |  | | | | | | | | | | 1.入院 | | | 2.通院 | | |
| 移送期間 | | | | | 令和 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | ～ | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |  | | | | 日間 | |
| 患者に移送を  指示した日 | | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移送を指示した理由（詳細に記入ください） | | | | | ・移送を決定した際の治療状況および患者の状態  ・移送先医療機関の選定理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の理由により、移送の必要を認めます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | 住　所 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医院名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **（特退・任継用）** | | | | | | | | | |
| 被保険者 家族 | | | **移送費請求書** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申請者の記入欄** | | 被保険者証 | | | 記号 | | 記号入力 | | | | | | 番号 | | | 番号入力 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 氏名 | | 氏名入力 | | | | | | | | | | | | | | | 電話 | | | 電話番号入力 | | | | | | | | | |
| 移送対象者氏名 | | | | | 移送対象者氏名入力 | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者との続柄 | | | | | | 続柄選択 | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | 傷病名入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病・負傷年月日 | | | | | 日付選択 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 発病・負傷原因 | | | | | 発病・負傷原因入力 | | | | | | | | | | | | | | | 業務内・外の別 | | | | | 業務内外選択 | | | | | | | |
| 傷病が第三者行為で  あるとき | | | | | 事実及び第三者の住所入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事実及び第三者の氏名入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移送を受ける事になった理由（詳しく） | | | | | 詳細入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移送を受けた区間  移送期間及び費用  の請求 | | | | | 区間 | | | | 移送元入力 | | | | | | | | | | | ～ | 移送先入力 | | | | | | | | | 入通院選択 | | |
| 期間（自） | | | | 開始日選択 | | | | | | | | | | | (至) | 終了日選択 | | | | | | | | | | | |
| 回数 | | | | 回数入力 | | | | | | | | 回 | | | 手段 | 手段入力 | | | | | | | | | | | |
| 費用 | | | | 金額入力 | | | | | | | | | | | 円 |  | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり請求いたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | 郵便番号入力 | | | | | | | | | | | | |
| 日付選択 | | | | | | | | | | | | 被保険者 | | | | | 住所 | | | 住所入力 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 署名 | | | 署名入力 | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話番号入力 | | | | | | | | | | | | |
| 振込先口座 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先口座 | | | 銀行名 | | | |  | | | | | | | | | 支店名 | | | |  | | | | | | | 預金種別 | |  | | | |
| 口座番号 | | | | | | | 特退、任継加入の方は、保険料振替口座にお振込みとなりますので、  入力は不要です。  にゅ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保記入欄 | 移送年月日 | 令和 | 年　　　月　　　日 | | | 移送方法 |  |
| 移送区間 |  | | ～ |  | | |
| 支給決定金額 | | | 円 | | | |

※添付書類　移送に要した費用の領収書