

## 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
- ・医師や看護師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。

なお、緊急やむを得ない時は事後申請でも結構です。

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。

### 5. 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 特例退退職または任意継続担当 宛

以 上

<記入例>

(特退・任継用)

移送承認申請書

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

申請者の記入欄	被保険者証記号	●●●●	番号	●●●●●●●●	氏名	富士通 太郎			
	傷病名	●●●●●●●●			発病・負傷の原因	●●●●●●●●●●●●●●のため			
	申請が被扶養者であるとき	氏名	富士通 みち子		生年月日	昭和 平成 令和	28 年 4 月 19 日	被保険者との続柄	妻
	移送方法	タクシー							
	移送区間	●●市立●●病院			～	●●●総合病院		1. 入院	2. 通院
	移送期間	令和 ● 年 ● 月 ● 日 ～ 令和 ● 年 ● 月 ● 日							
上記のとおり申請いたします。 ●●●● 年 ● 月 ● 日 住所 神奈川県川崎市中原区小杉町●-●-● 被保険者 氏名 富士通 太郎									

押印は不要です。

医師の意見	患者氏名		傷病名	
	診療開始日	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	～	令和 年 月 日 日間
	患者の病状経過及び移送を必要とする理由(詳細にご記入ください)	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     医師の証明欄です                 </div>		
	上記の理由により、移送の必要を認めます。 年 月 日 住所 医院名 医師名			

<記入例>

(特退・任継用)

被保険者  
家族 移送費請求書

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

申請者の記入欄	被保険者証	記号	●●●●	番号	●●●●●●●●	氏名	富士通 太郎										
	申請が被扶養者であるとき	氏名	富士通 みち子		生年月日	昭和 平成 令和	●●	年	●	月	●	日	続柄	妻			
	傷病名	●●●●●●●●●●			発病・負傷年月日	平成	●●	年	●	月	●	日					
	発病・負傷原因	●●●●●●●●●●のため			業務上・外の別	業務外											
	傷病が第三者行為であるとき	(事実及び第三者の住所・氏名)															
	移送を受ける事になった理由(詳しく)																
	移送を受けた区間 移送期間及び費用の請求	区間	●●市立●●病院 ~ ●●●総合病院						1.入院 2.通院								
		期間(自)	令和	●	年	●	月	●	日	(至)	令和	●	年	●	月	●	日
		回数	1	回	費用	○○○○○	円	手段	タクシー								
	上記のとおり請求いたします。																
〒 ●●● - ●●●● ●●●● 年 ● 月 ● 日 被保険者 住所 神奈川県川崎市中原区上小田中4-1-2 氏名 富士通 太郎																	
退職者のみ記入	振込	銀行名				支店名				押印は不要です。							
特退、任継加入の方は、保険料振替口座にお振り込みとなります。																	

健保記入欄	移送年月日	令和	健保記入欄です		
	移送区間				

※添付書類 移送に要した費用の領収書

### 移送承認申請書

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

申請者の記入欄	被保険者証	記号	番号	氏名							
	傷病名				発病・負傷の原因						
	申請が被扶養者であるとき	氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄			
	移送方法										
	移送区間	～					1. 入院	2. 通院			
	移送期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間
	上記のとおり申請いたします。 年 月 日 住所 被保険者 氏名										

医師の意見	患者氏名				傷病名						
	診療開始日	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	～	令和	年	月	日	日間
	患者の病状経過及び移送を必要とする理由 (詳細にご記入下さい)										
	上記の理由により、移送の必要を認めます。 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

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

申請者の記入欄	被保険者証	記号	番号	氏名							
	申請が被扶養者であるとき	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄			
	傷病名				発病・負傷年月日	平成 令和	年	月	日		
	発病・負傷原因				業務上・外の別						
	傷病が第三者行為であるとき	(事実及び第三者の住所・氏名)									
	移送を受ける事になった理由(詳しく)										
	移送を受けた区間 移送期間及び費用の請求	区間	～					1.入院 2.通院			
		期間(自)	令和	年	月	日	(至)	令和	年	月	日
		回数	回	費用	円	手段					
	上記のとおり請求いたします。 年 月 日 住所 被保険者 氏名										
退職者のみ記入	振座	銀行名	支店名	預金種別	普通・当座						
	<b>保険料振替口座にお振り込みとなります。</b>										
座	口座名義人(カナ)										

健保記入欄	移送年月日	令和	年	月	日	移送方法	
	移送区間	～					

※添付書類 移送に要した費用の領収書