（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、普段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は支給の対象にはなりません。

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。

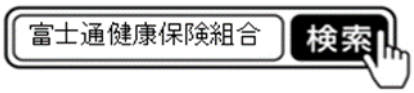
５．書類送付先

〒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

※移送に要した費用を支払った日の翌日から２年を経過した場合は、時効となります。
※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。

以上



【 移送費について 】

2025.8.21

（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	記号		番　号		
	氏名				
移送対象者氏名			被保険者との続柄		
傷病名			業務内・外の別		
発病・負傷の原因					
移送方法					
移送区間	～			入院　・　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。

令和　年　月　日　被保険者　住　所

署　名

連絡先

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

2025.8.21

（特退・任継用）

常務理事		事務局長		課長		担当者	

被保険者
家族

移送費請求書

申請者の記入欄

被保険者	記号		番号	
	氏名			
移送対象者氏名			被保険者との続柄	
傷病名				
発病・負傷年月日	令和　年　月　日			
発病・負傷原因			業務内・外の別	
傷病が第三者行為であるとき				
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	～		入院・　通院
	期間	（自）　令和　年　月　日	（至）　令和　年　月　日	
	回数	回	手段	
	費用	円		

上記のとおり請求いたします。

〒

令和　年　月　日　　住所

被保険者　署名

連絡先

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

2025.8.21