被保険者
被扶養者

移送費承認申請書(移送届)

従業員番号
被保険者の氏名
㊞

申請日	年　月　日
事業所名	
所　属	

被保険者記入欄	対象者氏名	氏名		続柄		生年月日	年　月　日	
	移送年月日	年　月　日		発病または負傷の年月日		年　月　日		
	発病または負傷の原因					第三者行為によるものですか	はい いいえ	
	移送を必要とする期間	自　年　月　日 至　年　月　日	回数	回	利用交通機関	・タクシー　・飛行機 ・その他(　)		
	移送後の入通院区分	入院・通院			移送する前に申請することができなかったときはその理由			
	移送に要した費用	円						
	移送元の医療機関等	名称						
		所在地						
	移送先の医療機関	名称						
		所在地						
医師または歯科医師記入欄	傷病名				移送を必要とした事由			
	移送の方法区間および回数							
	上記のとおり移送の必要を認めます。 年　月　日 医療機関所在地 名称　電話 医療機関医師氏名　㊞							

上記のとおり 移送費 を申請します。
年　月　日

日新電機健康保険組合理事長 殿

被保険者
住所
氏名　㊞

決　裁　書

上記のものに移送承認してもよろしいか。

常務理事	事務長	担当	決裁日	備考
			年　月　日	