

被保険者  
被扶養者

移送費承認申請書(移送届)

健康保険被保険者証	
記号	番号
被保険者の氏名	
(氏)	(名)
⑨	

申請日	年	月	日
事業所名			
所属 (または出向先)	部	室・グループ	課・工場

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	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							
	<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関 所在地</p> <p>名称</p> <p>医療機関 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">電話</p> <p style="text-align: right;">⑨</p>							

上記のとおり 移送費 を申請します。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_  
被保険者

日新電機健康保険組合理事長 殿

氏名 \_\_\_\_\_ ⑨

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	