給付０３

・移送費が発生する場合はご一報ください。
・必ず給付基準をご一読ください。

常務理事	事務長	担当者
記入不要		
移送承認日	令和　　年　　月　　日	

被保険者・家族　移送承認申請書・移送費請求書

被保険者が記入する欄

被保険者証記号・番号	記号 ＊＊＊	番号 ＊＊＊＊＊	所　属	○○部○○グループ			
移送を受ける者	氏名	健保　花子	生年月日	(昭和)・平成・令和　＊＊年　＊＊月　＊＊日	被保険者との続柄	妻	
傷　病　名	○○○○○○	発病又は負傷の年月日	令和　＊＊年　＊＊月　＊＊日	負傷の原因は第三者の行為によるものですか	は　い　(いいえ)		
発病又は負傷の原因	○○○○○○		移送年月日	令和　＊＊年　＊＊月　＊＊日			
備　　考	最初の医療機関では設備等で十分な治療ができず、治療のため急な移送が必要で、医師の指示のもと移送が行われました。						
振込希望銀行(資格喪失者(退職者)のみ記入,ゆうちょ銀行除く)	[　　]銀行　[　　]支店 (　普通　)　口座番号[　　]　口座名義(ｶﾀｶﾅ)[　　]						

上記のとおり申請します。在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。

令和　＊＊年　＊＊月　＊＊日

被保険者　住　所　〒　＊＊＊－＊＊＊＊＊

○○市××町１－２－３

氏　名　健保　太郎

田辺三菱製薬健康保険組合理事長殿　　電話　＊＊＊－＊＊＊－＊＊＊＊

内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

医師の証明欄

傷　病　名	○○○○○○		移送年月日	平成　＊＊年　＊＊月　＊＊日
移送を必要とする事由	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○			
付添人が必要な場合はその理由	医学的管理の必要があったため○○医師が付添いました。			
付添人の氏名・住所	氏名	○○○○	住所	○○市××町３－４－５
移送区間(詳しく)	(場所) ○○○○病院から　○○○○病院まで		移送に要した費用	100,000円
移送方法(詳しく)	(利用交通機関等) タクシーと新幹線を乗り継いで			

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和　＊＊年　＊＊月　＊＊日

〒　＊＊＊－＊＊＊＊＊

所在地　○○市△△町５－６－７

医　師　名　称　○○○○病院

氏　名　○○○○

電話　＊＊＊－＊＊＊－＊＊＊＊

2022.05.10

＜注意事項＞

①移送を要する場合はこの申請書を必ず事前に提出して承認を得てください。
②急性の傷病のため、この書類を提出する前に移送が行われた場合はその理由を備考欄に記入し、速やかに提出してください。
③移送の方法や移送区間などで、上記欄内に書ききれない場合は、別用紙を添付してください。

＜添付書類＞

移送に要した費用を証明する領収書(原本)