

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・リーダー Leader	担当者 In charge

健保処理欄 For Society use	受付年月日	令和 年 月 日	療養の給付開始日	令和 年 月 日
	承認番号		移送の方法	
	承認年月日	令和 年 月 日	移送の区間	
	支払年月日	令和 年 月 日	移送の回数	

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費承認申請書

Application Form for Approval of Transportation Expenses (Insured Person, Dependent)

被保険者 (請求者) の記入欄 To be filled out by insured person (claimant)	被保険者記号・番号 Insured person code and no.	事業所の名称 Employer name		
	—	所属/Section	TEL	
	発病または負傷の年月日 Date of sickness/injury (Y/M/D)	年 月 日 / /	第三者の行為によるものですか (はいの場合、別途第三者行為による傷病届が必要です) Is the sickness/injury due to the actions of a third party? (If "Y," a Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act must be submitted separately.)	いいえ ・ はい N / Y
	傷病の原因 Cause of sickness/injury			
医師の意見欄 Doctor's opinion	やむを得ない事由のために事前に承認の申請ができなかった場合には、その理由 If unable to apply for approval in advance for unavoidable reasons, explain why.			
	移送が被扶養者に関するものであるときはその者の氏名 Name of dependent if person transported is a dependent	生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 月 日 / /	
		請求者との続柄 Relationship to claimant		
医師の意見欄 Doctor's opinion	傷病名 Sickness/injury name	移送年月日 Date of transport (Y/M/D)	年 月 日 / /	
	移送を必要とする事由 Reason transportation is necessary			
	移送の方法 区間及び回数 Transportation method and distance and number of times transported	移送に要する費用の見積額 Estimated cost of transportation	円 yen	
	Date (Y/M/D): 年 月 日 / /	医師の住所/Doctor's address		印 (seal)
氏名および印/Name and seal		(自署の場合は押印不要) (No seal required with signature)		

武田薬品健康保険組合理事長殿
To: Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society
上記のとおり申請します。

I hereby request approval for transportation as detailed above.

年 月 日
Date (Y/M/D): / /

被保険者住所
Insured person's address
氏名
Name

武田薬品健康保険組合
Takeda Health Insurance Society

*急性の傷病のため、この書類を出す前に移送が行われた場合は、移送後、速やかにこの申請書を提出してください。
If the transportation took place before this form was submitted for pressing medical reasons, submit this application form immediately thereafter.