

記入例
Example of completed form

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者
記入不要 Leave blank			

For Society use 健保処理欄	受付年月日	金額	年月日	療養給付開始日	金額	年月日
	承認者	記入不要 Leave blank				
	承認年					
	支払年					

いずれか該当する方の文字を○で囲んでください。
Circle the description that applies.

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	___ Pharmaceutical Company Limited			
	123 — 4567	所属/Section	Div., Dept.	TEL	999-9999	
	発病または負傷の年月日 Date of sickness/injury (Y/M/D)	年 月 日 〇〇 / 〇〇 / 〇	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 <input checked="" type="radio"/> N / <input type="radio"/> Y		
	傷病の原因 Cause of sickness/injury	Unknown				
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.	Because urgent surgery is necessary.				
	移送が被扶養者に関するものであるときにはその者の氏名 Name of dependent if person transported is a dependent	生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 月 日 〇〇 / 〇 / 〇	請求者との続柄 Relationship to claimant	Mother	
	傷病名 Sickness/injury name	胃潰瘍、腹部静脈瘤 Stomach ulcer, abdominal varicose veins	移送年月日 Date of transport (Y/M/D)	年 月 日 〇〇 / 〇 / 〇		
	移送を必要とする事由 Reason transportation is necessary	胃潰瘍の手術後、経過良好であったが腹部静脈瘤を併発し、大至急手術が必要なるも、当院に施設がないため〇〇病院へ移送を行う必要がある。 While the patient was recovering from surgery for a stomach ulcer, she developed abdominal varicose veins that required urgent surgery. Since we lacked the necessary facilities, it was necessary to transport her to ___ Hospital.				
移送の方法 区間及び回数 Transportation method and distance and number of times transported	〇〇市△△区～〇〇市△△町まで タクシーで移送、移送回数 1回 From ___-ku, ___ to ___-cho, ___ by taxi once	移送に要する費用の見積額 Estimated cost of				
Date (Y/M/D):	年 月 日 / /	必要な医療を行える医療機関までもっとも経済的な交通機関の運賃 Cost of transportation by the most economical means to a medical care institution where required treatment could be provided				
医師の住所/Doctor's address	氏名および印/Name and seal					
<p>武田薬品健康保険組合理事長殿 To: Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society</p> <p>上記のとおり申請します。 I hereby request approval for transportation as detailed above.</p> <p>Date (Y/M/D): 〇〇 / 〇 / 〇</p> <p>被保険者住所 Insured person's address 〒000-0000 1-1 ___-cho, ___-ku, ___</p> <p>氏名 Name Taro Kempo</p>						

* 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.

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