

記入例

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者
記入不要			

健保処理欄	受付年月日	令和 年 月 日	療養の給付開始日	平成/令和 年 月 日
	承認番号	記入不要		
	承認年月日			
	支払年月日	令和 年 月 日	移送の回数	

いずれか該当する方の文字を○で囲んでください。

被保険者
被扶養者 移送費承認申請書

被保険者（請求者）の記入欄	被保険者証の記号番号	事業所の名称	〇〇薬品工業株式会社	
	12-345678	所属	△△部〇〇課	TEL 999-9999
	発病または負傷の年月日	平成/令和 〇〇年〇月〇日	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)	いいえ・はい
	傷病の原因	不詳		
	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	大至急手術が必要のため		
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	健保 花子	生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇月 〇日 令和	
		請求者との続柄	母	
医師の意見欄	傷病名	胃潰瘍、腹部静脈瘤	移送年月日	平成/令和〇〇年〇月〇日
	移送を必要とする事由	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。		
	移送の方法 区間及び回数	〇〇市△△区～〇〇市△△町まで タクシーで移送、移送回数 1回	移送に要する費用の見積額	円
	令和 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		
	医師の住所	移送を必要と認めた医師の証明を受けてください。		
	医師の氏名	㊟〔自署の場合は押印不要〕		

武田薬品健康保険組合理事長殿

上記のとおり申請します。

承認申請を提出する日付を記入

令和 〇〇年 〇月 〇日

被保険者住所

〒000-0000

〇〇市△△区××町1-1

氏名

健保 太郎

武田薬品健康保険組

* 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。