

【提出先】直接カネカ健康保険組合（株式会社カネカ 大阪本社内）へご提出ください。

カネカ健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長	係

**被保険者  
被扶養者 移送費承認申請書（移送届）**

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の 記号・番号	記号	番号	事業所の 名称					
	移送を必要 とする方の	氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	
	傷 病 名				発病又は 負傷年月日	令和	年	月	日
	発 病 又 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 理 由								
	移 送 の 方 法 及 び 区 間	方法			区間	から	まで 理由		
	付 添 人 の 氏 名 及 び 住 所	氏名			住所				
	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								
	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)								
	備考欄								

上記のとおり申請します。  
令和 年 月 日 郵便番号  
住 所  
被保険者の  
氏 名  
電 話 番 号

本申請書の提出を事業主に委任します（委任する場合は  ）。

医 師 の 意 見	傷 病 名								
	移 送 を 必 要 と す る 理 由								
	付 添 を 必 要 と す る 理 由								
	入 院 す る 病 院 又 は 診 療 所 の 名 称								
	移 送 の 方 法 及 び 区 間	方法			区間	から	まで 理由		
	移 送 年 月 日	令和 年 月 日							

上記のとおり相違ありません。  
令和 年 月 日  
所 在 地  
医 療 機 関 の 名 称  
電 話 番 号  
医 師 の 氏 名

※移送を必要とする場合は、必ず事前に健康保険組合に提出して、承認を受けてください。

健康保険組合記入欄	受付年月日	令和 年 月 日	移送承認年月日	令和 年 月 日
-----------	-------	----------	---------	----------