カネカ健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長	係	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	健康保険の	記号	番号	事業所	
	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	～ 経由	
	付添人の 氏名及び住所	氏名	住所		
	移送前に申請できなかったときはその理由				
	被保険者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 被保険者の 郵便番号 住所 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 経由	
	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