

【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 し よ う	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	經由	
	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								
被 保 険 者 の 郵便番号 住 所 氏 名 電 話 番 号								
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します（委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ）。 								

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	經由
	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