

(被保険者→健康保険組合)

承認	方法	
	区間	から まで
	期日	年 月 日
	費用	回分 円
不承認		

決定	令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者		

被保険者
被扶養者 移送承認申請書・移送届

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 元 年 5 月 27 日

(被保険者)

住所 千代田区〇〇1-2-3

氏名 健保太郎

下記のとおり申請します

被保険者証の記号と番号	記号 1000 番号 000000	事業所の名称	〇〇支社		
資格取得	令和 元 年 5 月 1 日	資格喪失	令和 年 月 日		
申請・届が被扶養者のとき	氏名 健保花子	生年月日	昭和 平成 令和 10 年 10 月 10 日	続柄	母
傷病名	脳卒中後全身麻痺	発病または負傷年月日	昭和 平成 令和 15 年 1 月 3 日		
傷病の原因	脳卒中				
移送を必要とする	理由	旅行中に発病し、緊急入院したが、医師の指示により自宅最寄の病院に転院する。			
	区間	大阪 から 經由 東京 まで	回数	1 回	費用 50,000 円
移送をする前に提出できなかったときはその理由			移 送 年 月 日	令和 元 年 5 月 14 日	

医師の意見	傷病名	〇〇〇〇			移 送 年 月 日	令和 元 年 5 月 14 日	
	移送を必要とした事由	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
	移送の方法区間及回数	移送方法	新幹線	区間	大阪 から 經由 東京 まで	回数	1

上記のとおり移送の必要を認めます

令和元 年 5 月 25 日

名称 〇〇〇病院

医療機関 住所 大阪市中央区〇〇町××

医師名 山本 太郎