常務理事	事務長	担当者

移 送 承 認 申 請 書

（被保険者・被扶養者）

被保険者記号番号	99	123456	事業所の名称	㈱クボタ　堺製造所		
移送される者の氏名	健保　太郎		生年月日	（和暦）○○ 58年 5月 13 日	被保険者との続柄	本人
やむを得ない理由の為、承認を受けずに移送した場合はその理由						
移送に要する（した）費用	15,000円					

《 保険医の意見 》

傷病名	慢性胃潰瘍	発病又は負傷の年月日	（和暦）○○ 3年 10月 1日 又は不詳
移送を必要とする理由	緊急に手術する必要があるが、小田病院では設備が無い為		
付き添いを必要とする理由			
移送の方法及び区間	タクシー　茨木市　小田病院　→　大阪市　中央病院		
移送年月日	（和暦）○○ 3 年 11 月 18 日		
医療機関の住所・名称 医師の氏名	医師の証明		

上記の通り申請します。また、下記の事項について異議なく同意致します。

①他の保険者から照会があった時、又は他の給付を行う時この申請書の内容を参考とする場合があること。

②この申請書を事業主経由でクボタ健康保険組合に届けること。（除く、任意継続被保険者）

（和暦）

○○ 3 年 11 月 8 日

被保険者の住所 〒556-1111 大阪市浪速区○○○－△△－××

氏　名 健保　太郎

TEL ○○－○○○○－○○○○

クボタ健康保険組合 理事長　殿

事業主の住所・氏名	事業主の証明（任意継続の場合は不要）

㈱クボタ　事業所担当者記入欄		
当該被保険者の		担当者氏名
給与事業所コード	事業所名称	
	(株)クボタ事業所担当者 記入	

R6.12改訂