健 保 組 合									
常務理事	グループ長	担当者							

事業所担当者 の 確 認 印

被 保 険 者 家 族

移送費承認·支給申請書(移送届)

傾	ま 康 保	険 被	保険者		申請日	令和	0	年	Δ	月	<	>	日
記				事業所名 ○×△ 株									
1 2	3 4		5 6 7	7 8	所属(はおは出点生)	\bigcirc	〈部	部		Δ [グループ
(氏)	被保险	食 者 σ. (3)) 氏名		(または出向先) 被保険者住所	₹ 123−	4567	△ III ←					・工場
(14)	ケンポ		タロウ										
	健保		太郎		格 職場(外線)	A						<×	
	被扶養者:		氏		<u> </u>	続		生年	昭	〇 年	Δ	日	×∃
被		:	名		A =	柄			平•令				
保	移送年		平成令和)年	▲ 月 × E	発病また	は負傷の	り年月日	77 1/11	〇 年			× 目
険	発病す 負傷の)	腸閉	塞					三者行。 るもので			いわいえ
者	利用交通		タクシーでの他し	•飛	行機	移	送に要し	た費用					円
記	移 送	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	名 称		 ○×病院				移送	先の			
入		機関	所在地		◇◇県○△朮	i◇町×-	-Ο-Δ		入通防		入院	•	通院
欄	委任状	日本製銀	失健康保険組	合から	私に支給される給付	金の受領を事	業主に委	任します。					
	(任継者は 記載不要)	令和 🤇	笋 △ 月 × □	3	被保険者氏	名	健化	<u>呆</u>	太	郎			
											_		
	傷疹	ラ 名	腸	男塞		Ę	紧急移送	の必要	性	(·	無	É
医師			腸 に と判断した		手術が必要で						<u>.</u>	<u>無</u>	Ę
師また		が必要と			手術が必要で 付添人が必 判断した事	であったが 要と					<u>.</u>	無 ————————————————————————————————————	Ę
師または歯	緊急移送	が必要と	上判断した 有・(事由無	付添人が必	であったが 要と i由		不足では				魚月	Х Е
師または歯科医	緊急移送 付添人の 移送 上記のとお	が必要と	上判断した 有・(事由無無	付添人が必判断した事	であったが 要と :由	、設備 ² 移送年	不足であ	あった で 平成	ため 〇年		月	×н
師または歯科医師記	緊急移送 付添人の 移送	が必要と	上判断した 有 ・(〇〇) 心要を認め	事由無無	付添人が必 判断した事 ら×× 病院まで	であったが 要と :由	、設備 ² 移送年	不足であ	あった で 平成	ため 〇年		月	×н
師または歯科医師	緊急移送 付添人の 移送 上記のとお	が必要と の必要性 経路	上判断した 有 · (OOB 必要を認め	事由無悪を院かまま	付添人が必 判断した事 ら××病院まで ※改ざん防止の観点 月 ×日 E地 ◇◇県(であったが 要と 由 から、記載内	、設備 之	不足でありまする場合は	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	をめの年で訂正の	△上でサイ	月(ンをご	X日 『記入下さい
師または歯科医師記入	緊急移送 付添人の 移送 上記のとお	が必要と の必要性 経路	上判断した 有 ·(○○B 必要を認め ○年	事由 無 医院か ま 所 名	付添人が必 判断した事 ら××病院まで ※改ざん防止の観点 人 人 日 本 〇×病	であったが 要と i由 (から、記載内	、設備 之	不足でありまする場合は	平成令和	をめの年で訂正の	△上でサイ	月(ンをご	×н
師または歯科医師記入欄を記り	緊急移送 付添人の 移送が 上記のとおす。	が必要と 必要性 経路 の外移送の 令和	上判断した 有・(○○ ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の	事由 医院 か 所名 師 にハイナン	付添人が必当 判断した事 ら××病院まで ※改ざん防止の観点 以月 ×日 E地 ◇県 称 ○×病防 た名 ○△ ◇	であったが 要と 由 (から、記載内) △市◇町 へ が、 備考欄へ記述	、設備 2 移送年 容を訂正・ ×-○-	不足であ 月日 する場合は -△	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	をめの年で訂正の	上でサイ ー×××	月 パンをご	X月 "記入下さい ××××
師または歯科医師記入欄を記り	緊急移送 付添人の 移送だ 上記のとおす。 と一番号が記り マイナンバー	が必要と 必要性 経路 の外移送の 令和	上判断した 有・(○○ ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の	事由 医院 か 所名 師 にハイナン	付添人が必 判断した事 ら××病院まで ※改ざん防止の観点 以月 ×日 E地 ◇◇県(称 ○×病防	であったが 要と 由 (から、記載内) △市◇町 へ が、 備考欄へ記述	、設備 2 移送年 容を訂正・ ×-○-	不足であ 月日 する場合は -△	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	をめの年で訂正の	△上でサイ	月 パンをご	X月 "記入下さい ××××
師または歯科医師記入欄を記念に	緊急移送 付添人の 移送が 上記のとおす。	が必要性 必要性 経路 令和 ・番号に代いる 一を記載した	上判断した 有・(○○ ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の	事由 医院 か 所名 師 にハイナン	付添人が必当 判断した事 ら××病院まで ※改ざん防止の観点 以月 ×日 E地 ◇県 称 ○×病防 た名 ○△ ◇	であったが 要と 由 (から、記載内) △市◇町 へ が、 備考欄へ記述	、設備 2 移送年 容を訂正・ ×-○-	不足であ 月日 する場合は -△	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	をめの年で訂正の	上でサイ ー×××	月 パンをご	X月 "記入下さい ××××
師または歯科医師記入欄を記念に	緊急移送 付添人の 移送 上記のとおす。 と終者の記号 でイナンバー 備考欄	が必要と 必要性 経路 令和 ・番号に代と 一を記載した	上判断した 有・(○○ ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の	事由 医院 か 所名 師 にハイナン	付添人が必当 判断した事 ら××病院まで ※改ざん防止の観点 以月 ×日 E地 ◇県 称 ○×病防 た名 ○△ ◇	であったが 要と 由 (から、記載内) △市◇町 へ が、 備考欄へ記述	、設備 2 移送年 容を訂正・ ×-○-	不足であ 月日 する場合は -△	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	をめの年で訂正の	上でサイ ー×××	月 パンをご	X月 "記入下さい ××××
師または歯科医師記入欄を記念に、社会のでは歯科医師記入欄を記念に、社会のでは、対象のでは、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、	緊急移送 付添人の おお お	を が必要性 経路 り移送の。 ・ 本され記載した。 ・ 本され記載した。 ・ 本され記載した。	上判断した 有・(○○ ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の ・ の	事由 医院 か 所名 師 にハイナン	付添人が必当 判断した事 ら××病院まで ※改ざん防止の観点 以月 ×日 E地 ◇県 称 ○×病防 た名 ○△ ◇	であったが 要と 由 から、記載内) ▲ 市 ◇ 町 を ※ 備考欄へ記述 るための添付	移送年 容を訂正な メー〇ー 載してくだる 書類が必要	不足でる 月日 する場合は - △ さい。 要です。 一 市 前 の の が が が が が が が が が が が が が が が が が	でである。このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、	ため	<u>↑</u> 上でサイ - × × × 一 受 付	月インをご	X目 *記入下さい *** *** *** **