

- ・移送費が発生する場合はご一報ください。
- ・必ず給付基準をご一読ください。

## 被保險者・家族 移送承認申請書・移送費請求書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号・番号	記号 * * *	番号 * * * * *	所 属	〇〇部〇〇グループ		
	移送を受ける者	氏名 健保 花子	生年月日	昭和・平成・令和 * * 年 * * 月 * * 日	被保険者 との続柄	妻	
	傷 病 名	〇〇〇〇〇〇	発病又は負 傷の年月日	令和 * * 年 * * 月 * * 日	負傷の原因は第三者の 行為によるものですか	は い いいえ	
	発病又は負傷 の原因	〇〇〇〇〇〇			移送年月日	令和 * * 年 * * 月 * * 日	
	備 考	最初の医療機関では設備等で十分な治療ができず、治療のため急な移送が必要で、医師の指示のもと移送が行われました。					
	振込希望銀行 (資格喪失者(退職 者)のみ記入、ゆう ちょ銀行除く)	[ ] 銀行 [ ] 支店 (普通) 口座番号 [ ] 口座名義(カタナ) [ ]					

内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

### ＜注意事項＞

- ①移送を要する場合はこの申請書を必ず事前に提出して承認を得てください。
- ②急性の傷病のため、この書類を提出する前に移送が行われた場合はその理由を備考欄に記入し、速やかに提出してください。
- ③移送の方法や移送区間などで、上記欄内に書ききれない場合は、別用紙を添付してください。

⑤添付書類

### 移送に要した費用を証明する領収書(原本)