

提出先: 健保組合(大阪オフィス内)

Date of application (YY/MM/DD) ●● 年 ●● 月 ●● 日 提出

EXAMPLE

Application Form for Approval of Transportation

移送承認申請書

急性の傷病のため、承認申請書を提出する前に移送が行われた場合は、移送後速やかにこの承認申請書を提出してください。

To be filled out by the applicant

医師の指示で一時的・緊急的が必要が 移送される場合

事業所 勤務先 Establishment Place of work	部署 Division ●●●部
記号 Symbol	番号(氏名コード) Number (name code)
健康保険証 Health insurance card	氏名 Name 健保 太郎
氏名 Name	Not required if signed by hand
被保険者	氏名自署の場合は不要

移送者 Person transported 氏名 Name 健保 花子	生年月日 Birth date (YY/MM/DD) (和暦) ●● 年 ●● 月 ●● 日	続柄 Relationship 長女
--	---	--------------------------

発病又は負傷の年月日
Date of occurrence of sickness/injury (YY/MM/DD)
●● 年 ●● 月 ●● 日 ~ ●● 日 [●● 日間]

傷病の原因、・診療または手当の内容
Cause of sickness/injury, details of examination/treatment
●●●●●

やむを得ない事由のために事前に承認申請ができなかった場合には、その理由
If advance application could not be submitted for unavoidable reasons, state those reasons:
●●●●●

発病(負傷)時の状況
Conditions at time of sickness/injury
発生時期 * 該当に○印 勤務中・通勤途中・勤務外
Time of occurrence * Circle as applicable (on the job / while commuting / off the job / other ())
その他(持病で外来受診中)

第三者の行為によって負傷したもの(相手方のある事故等による負傷) * 該当に○印 (である・ではない)
Circle as applicable (Y/N).

* 第三者行為に該当する場合は、別途「第三者行為による傷病届」が必要です。

移送年月日
●● 年 ●● 月 ●● 日
* The separate Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act is required in cases of third-party actions.
Injured due to a third party action (injured due to an accident or other incident involving another party)

傷病名
●●●●●

移送を必要とする事由
●●●●●

移送の方法
タクシー
移送に要する費用の見積額
●●●●● 円

移送の区間
○○市△△区 ●●病院~○○市△△町 ■■病院
移送の回数
■ 回

医師の住所
●● 年 ●● 月 ●● 日
Obtain a doctor's certification of the necessity of transportation.
移送を必要と認めた医師の証明を受けてください。
氏名 および 印

常務理事	事務長	担当者	備考
For use in processing by the Health Insurance Association			
支給対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	受付年月日	年 月 日
被保険者の資格	年 月 日 取得・喪失	承認年月日	年 月 日
扶養者認定の有	* The seal of the insured person may be omitted only when signed by hand by the insured person (applicant).		番号

※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます。