

サントリー健康保険組合 御中

下記のとおり申請します

移送費承認申請書

**医師の指示で
一時的・緊急的
必要があって
移送される場合**

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。

被保険者	事業所	部署
	勤務先	
	記号	番号(氏名コード)
保険証		
氏名		Ⓜ 氏名自署の場合は不要

申請者記入欄	移送者	氏名	生年月日	続柄
			昭・平 年 月 日	
	発病又は負傷の年月日			
	平成 年 月 日 ~ 日 [日間]			
傷病の原因、・診療または手当の内容				
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				
発病(負傷)時の状況				
発生時期 * 該当に○印 勤務中・ 通勤途中・ 勤務外・ その他()				
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)				
* 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。				
医師の意見欄	移送年月日			
	平成 年 月 日 ~ 日 [日間]			
	傷病名			
	移送を必要とする事由			
	移送の方法	移送に要する費用の見積額		
		円		
移送の区間	移送の回数			
	回			
平成 年 月 日				
医師の住所				
氏名 および 印				
健保処理欄	常務理事	事務長	担当者	備考
	支給対象期間	年 月 日 ~ 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
扶養者認定の有無	有(年 月 日取得)・無		承認番号	

※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。