

移
承

承認 決議	期日	年 月 日	伺			決裁
	区間	～	係員	G L	事務長	常務理事

東レ健康保険組合 御中

〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者 移送承認申請書

家族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	住 所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 Tel. 000-0000-0000				事業所	〇〇〇〇株式会社		
	氏 名	ケンボ タロウ 健保 太郎				職 場	〇〇部〇〇課 Tel. 000-0000-0000		
	申請が被扶養者に 関する時その者の	氏 名	ケンボ 健保	ハナコ 花子	生年 月日	〇〇年〇〇月〇〇日		続 柄	妻
	傷 病 名	腸閉塞				発病 または 負傷年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		
	発病または 負傷の原因	不詳							
	移送を 必要と する	理 由	手術する必要があったが、設備が整っていなかったため。						
		期 日	〇〇月 〇〇日～〇〇月 〇〇日	回数	〇〇 回		移送前	〇〇〇〇クリニックから	
		区 間	〇〇〇〇 ～ 〇〇〇〇	距離	〇〇 km		移送先	〇〇〇〇市民病院へ	
		交通機関	タクシー		費用	〇〇〇〇円		移送後	・入院 ・外来
個人情報保護関連 (必ずご記入ください)	本件について、事業所に申請内容について問い合わせる事に同意します。 (・はい ・いいえ)								
医 師 の 意 見 書	傷 病 名								
	移送を 必要と する	理由等	(症状・その他具体的にご記入下さい。付添人が必要な場合は人数とその理由も併記して下さい。)						
		期 日	月 日～ 月 日	区間	～				
	上記のとおり移送の必要を認めます。					[受 付 日]			
	医療機関の所在地	〒	[医師の証明を受けて下さい]			年 月 日			
	名 称								
	医師の氏名								
	Tel.								

制度の概要について (参考)

移送費は、当該移送の目的である療養が保険診療として適切であって、患者が移動困難であり、かつ緊急その他やむを得ないと保険者が認めた場合について、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用により算定された額を、現に要した費用を限度として支給する制度です。

従って、通院など一時的、緊急的とは認められない場合については、移送費の支給の対象とはなりません。