

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者

健 保 処 理 欄	受付年月日	平成 年 月 日	療養の給付開始日	平成 年 月 日
	承認番号		移送の方法	
	承認年月日	平成 年 月 日	移送の区間	
	支払年月日	平成 年 月 日	移送の回数	

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費承認申請書

被 保 険 者 ( 請 求 者 ) の 記 入 欄	被保険者証の記号番号	事業所の名称		
	—	所 属	TEL	
	発病または 負傷の年月日	平成 年 月 日	第三者の行為によるもので すか(はいの場合、別途第三者 行為による傷病届が必要です)	いいえ・はい
	傷病の原因			
	やむを得ない事由 のために事前に承 認の申請ができな かった場合には、 その理由			
	移送が被扶養者 に関するものであ るときにはその者 の氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
医 師 の 意 見 欄	傷病名	移送年月日	平成 年 月 日	
	移送を必要と する事由			
	移送の方法 区間及び回数	移送に要する 費用の見積額		円
	平成 年 月 日	医師の住所		
	氏名および印			印
<p>武田薬品健康保険組合理事長殿</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>被保険者住所</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

武田薬品健康保険組合

\* 急性の傷病のため、この書類を出す前に移送が行われた場合は、移送後、速やかにこの申請書を提出してください。