

移送承認申請書・移送届

関西テレ放送健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号		—	事業所名				
	被保険者 の氏名				被保険者 の住所	〒		
	申請が 被扶養者に 関するとき	氏名			被保険者 との続柄	移送者の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	傷病名				発病・負傷 の年月日	平成 令和	年 月 日	
	発病又は 負傷の原因						第三者行為によるものですか	
							はい ・ いいえ	
	移送を必要 とする理由						移送に要した費用の額	
						円		
	移送する前に申請することができなかったときはその理由							

医 師 の 意 見	傷病名				診療開始 年月日	平成 令和	年 月 日	
	移送を必要と認めた理由 症状・その他 具体的に				移送 の方法			
	移送先	病院			移送回数	回	距離	km
	移送の区間	から			經由			まで
	上記の通り移送の必要を認めます。							
	令和 年 月 日							
	(医師) 医療機関名							
	住所(所在地) 〒							
	氏名							
	電話 (— —)							

(被保険者への注意事項)

この申請書を事前に提出して、健康保険組合の承認を受けて下さい。
健康保険組合の承認を受けた後に、「移送費支給申請書」を提出して下さい。

* 移送費の支給要件

- 適切な保険診療を受けるためのものであること。
- 移動を行うことが著しく困難であること。
- 緊急その他やむを得ないものであること。

受付日付印

	常務理事	事務長	担当者	処理区分
				1 : 承認
				2 : 不承認