

被保険者
家 族

移送承認申請書・移送届

関西テレビ放送健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	801	—	9999	事業所名	関西テレビ放送株式会社				
	被 保 険 者 の 氏 名	関西 八郎			被保険者 の 住 所	〒	530-0000 大阪市北区0002丁目0番0号			
	申 請 が 被扶養者に 関するとき	氏名	関西 八子		被保険者 との続柄	妻	移送者の 生年月日	昭和 平成 令和	〇 〇 〇 年 月 日	
	傷 病 名	脳梗塞			発病・負傷 の年月日	平成 令和	〇 〇 〇 年 月 日			
	発 病 又 は 負傷の原因	(分からなければ 不明 と記入)					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	緊急搬送された病院に設備がなく、医師の指示により 設備が整った〇〇病院へ、寝台自動車にて搬送する必要 があったため。					移送に要した費用の額 00000 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			経由				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。

	常務理事	事務長	担当者	処理区分
				1 : 承認 2 : 不承認

受付日付印