

提供先: 被保険者(社員・任意継続被保険者)⇒小野薬品健康保険組合

## 健康保険 被保険者 被扶養者 移送費承認申請書 (事前申請用)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	事業所の名称	
	被保険者の氏名			被保険者の住所	
	傷病名			発病又は 負傷の年月日	令和 年 月 日
	移送年月日				令和 年 月 日
	移送の方法 区間・回数	救急車 タクシー	( ) ( )	～ ～	回 回
	移送する者が被扶養者 である場合はその氏名		生年月日	昭和 年 月 日	被保険者 との続柄
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 小野薬品健康保険組合理事長 殿 住所 被保険者の 氏名					

医 師 が 証 明 す る 欄	傷病名	
	移送を必要 とした理由 (具体的に)	
	入院した期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間
	移送の方法 区間・回数	救急車 ( ) 回 タクシー ( ) 回
	上記のとおり移送を必要と認めます。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師名 ㊞	

## (注意事項)

この申請書は、被保険者又は被扶養者の症状が重症で医師が転医を必要としたとき(最短距離の専門医)など、移送が必要となった場合に提出すること。

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者