

移送期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日 日間
移送区間	
移送回数	

健保捺印欄		
常務理事	事務長	室長 担当者

平成 27年 10 月 1 日

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿

**被保険者・被扶養者移送承認申請書**

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	5 9 1 ——— 1 ※		
	被保険者の 氏 名	健 保 太 郎	生年 月日	昭 40 年 6 月 10 日 平
	被保険者 の現住所	〒450-0003 名古屋市中村区名駅南1-21		
	事業所名	トヨタ〇〇株式会社		
	傷病名	下腿脛腓骨々折	傷病または 負傷年月日	平成 27年 9 月 1日
	発病または 負傷の原因	パラグライダーでの転倒（自損） ←		
移送を必 要と する 区 間 回 数	理由	治療の為転医を要するが歩行が困難である		
	回数	日本病院 から 東海病院 まで	1	回
移送をする 前に提出で きなかつた ときはその 理由	緊急に転院が必要とした為 ←			
被扶養者が 移送を受け たとき	氏名	生年 月日	昭 年 月 日 平	続柄
医 師 が 記 入 す る と こ ろ	傷病名	下腿脛腓骨々折	療養を開始 した日	平成 27年 9 月 1日
	移送を必 要と 認め た 区 間 回 数	理由	移動困難な患者であるが、患者の症状からみて、 当医療機関の設備では十分な診療ができず移送を認めた ←	
	回数	日本病院 から 東海病院 まで	1	回
	うえの理由で移送の必要を認めます。 平成 27 年 9 月 1 日 名 称 名古屋市立病院 医療機関 所在地 名古屋市中南区西町1-5 保険医氏名 医学 進			

必ず労災・通災・  
第三者行為によるものか  
どうか確認できるように  
具体的に詳しく記入してください

労災・通災・第三者行為は  
通常その保険で給付を受ける為、  
健保からの給付を受けることが  
できません確認してから  
送付してください

本来、申請書は先に提出して  
いただくものですが移送費  
請求書と同時に提出される  
場合は、理由をご記入ください

被扶養者が移送を  
受けた場合は、ご記入ください

必ず医師にくわしく  
記入してもらってください

※個人番号記載可