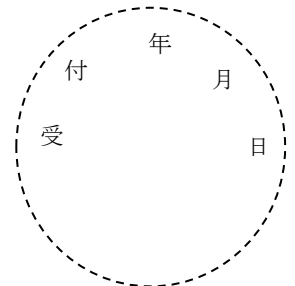


移送承認申請書・移送届

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号		-	社員番号				
	被保険者の ^{フリガナ} 氏名							
	被保険者の生年月日		昭和・平成 年 月 日					
	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		
	発病または 負傷の原因							
	移送を 必要とする	理由						
		区間回数	区間	から 経由		まで	回数	回
		期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間					
	移送をする前に 申請できなかった ときはその理由							
被扶養者が移送を 受けたときには その者の氏名				被扶養者の 生年月日	昭・平・令 年 月 日生	被保険者 との続柄		

医 師 記 入 欄	傷病名				保険で療養を 開始した日	年 月 日		
	必要と認めた 移送の区間回数		区間	から 経由		まで	回数	回
	移送を必要と 認めた理由 (症状などを入れて詳しく)							
	上記理由で移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">住所</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">医師</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">印</div>							

【 裏面注意事項を必ずご確認ください 】



【 注 意 事 項 】

1. この申請（届）書は、歩行困難な患者を他の場所に移送するとき、ワコール健康保険組合へ提出し、移送にかかった費用の払戻しを受ける為承認を受けるものです。
急性の傷病のため、この書類を出す前に、移送を行わなければならないときは、移送してからすぐに（一日か二日のうちに）この書類を提出しなければなりません。
2. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作ってこの書類に添付してください。
3. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

健康保険組合使用欄			
取 得 日	昭・平・令 年 月 日	喪 失 日	令和 年 月 日
移 送 期 間	自 令和 年 月 日		(日間)
	至 令和 年 月 日		
移 送 区 間		から	まで
移 送 回 数		回	
備 考			