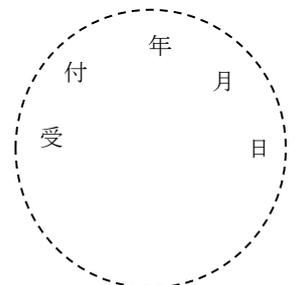


移送承認申請書・移送届

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 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		住 所		医 師		氏 名
						印	

【 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			