

移送承認申請書・移送届

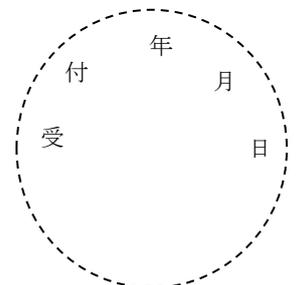
両面印刷で
出力してください

本人
記入欄

保険者証の 号・番号	9-99999	事業所の名称	<input checked="" type="checkbox"/> ワコール <input type="checkbox"/> ウンナナクール	<input type="checkbox"/> ワコール流通 <input type="checkbox"/> ワコールサービス
被保険者の氏名	ワコウ タロウ 和江 太郎 自署			
被保険者の生年月日	昭和 平成 48年 11月 18日			
被保険者の住所	〒999-9999 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町9-99			
傷病名	急性白血病	発病又は負傷の 年 月 日	令和 1年 10月 22日	
発病または 負傷の原因	不明 わからなければ「不明」とご記入ください			
移送を 必要とする	理由	骨髄移植を行ったため		
	区間 回数	区間	〇〇大学病院 から 経由	▽▽総合病院 まで 回数 1回
	期間	令和 2年 2月 25日 から 令和 2年 2月 25日まで 1日間		
移送をする前に 申請できなかった ときはその理由	移送の時期、日程の決定が遅れたため			
被扶養者が移送を 受けたときには その者の氏名	和江 花子	被扶養者の 生年月日	昭 平・令 15年 6月 12日生	被保険者 との続柄 次女

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 移送の区	療養を担当した医師(主治医等)に 証明を依頼してください			回
移送を 認めた (症状などを入				
上記理由で移	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	自 平成・令和 年 月 日		9
移 送	健康保険組合 使用欄		まで
移 送			
備 考			