

承認決議	期日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	区間	~			

被保険者
家族 移送承認申請書

平成 年 月 日

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		記号	0 0 0 1	番号	1 2 3 4 5	生年月日	大正 39年9月30日 昭和	
	住所		〒 - 県 市 町 1 - 1 Tel. - -				事務所 所属	三菱UFJニコス株式会社 部 グループ チーム 内線 2 - 1 2 3 4 Tel.	
	フリ氏名	ケンボ ダイキチ 健保 大吉							
	申請が被扶養者に関する時その者の		フリ氏名	ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日	明治・大正 昭和 平成 年 9月 9日	続柄	妻	
	傷病名		腸閉塞				発病または負傷年月日	平成 年 月 日	
	発病または負傷の原因		不詳						
	移送を必要とする	理由	手術する必要があったが、設備が整っていないため。						
期日		月 日 ~ 月 日	回数	回	移送前医療機関	胃腸クリニックから			
区間		市 町 ~ 市 町	距離	Km	移送先医療機関	病院へ			
交通機関		タクシー	費用	円					
医師の意見書	傷病名								
	移送を必要とする	理由等	(移送を必要とする理由・目的・症状・その他具体的にご記入下さい。)						
		期日	月 日 ~ 月 日	区間	~				
上記のとおり移送の必要を認めます。							[受付日付印]		
医療機関の所在地 〒 名称 医師の氏名 Tel.							平成 年 月 日		

制度の概要について（参考）

移送費は、当該移送の目的である療養が保険診療として適切であって、患者が移動困難であり、かつ緊急その他やむを得ないと保険者が認めた場合について、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用により算定された額を、現に要した費用を限度として支給する制度です。

従って、通院など一時的、緊急的とは認められない場合については、移送費の支給の対象とはなりません。