

旭化成健康保険組合 殿

〈健保受付〉

伝票番号

旭化成健康保険組合

本人(被保険者)

家 族

移送申請書・移送料請求書

本人(被保険者)記入	被保険者証の記号・番号(記号はどちらかを○)		本人(被保険者氏名)		朱肉使用	連絡先(TEL)
	20 ・ 21				印	(職場・自宅)どちらかに○ ()
	所 属					
	移送を受けた者の氏名		傷病名			
	発病又は負傷の原因					
	移送の年月日	平成・令和 年 月 日				
	移送の方法					
	移送の区間及び回数	自 ()回 至				
	付添人の氏名及び身分関係	氏名		身分関係		
	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
「はい」に場合は、内容ならびに、第三者の氏名、住所						
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日						

申請に関する医師の意見	発病または負傷の原因					
	移送を必要と認めた理由					
	付添を必要と認めた理由					
	移送の経路及び方法					
上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日						
所在地						
医師 病院名						
氏名 印						

[書類の流れ] 本人→医師→本人→旭化成健康保険組合

必要提出書類

この申請書

移送に要した費用の領収書