

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)		連絡先(TEL)		
	20 ・ 21				(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		令和 年 月 日				
	移送の方法						
	移送の区間及び回数		自 至 ()回				
	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」の場合は、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						

[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