

承 認 伺

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

受 付	. . .	記 事	方 法
伺	. . .		区 間 から km
承 認	. . .		まで

本 人 家 族 移 送 費 承 認 申 請 書 (届)

被扶養者の場合は、その氏名		被扶養者の生年月日	昭平令 年 月 日	被保険者との続柄	
発病の年月日	令和 年 月 日	傷病の原因		費用の見積額	円

事前に申請できなかったときはその理由

医 師 の 意 見	傷 病 名		移送年月日	令和 年 月 日	
	移送を必要と認める理由				
	移送の方法 区間および回数	方 法	区 間	か ら 距 離	回 数
				ま だ K m	回
	上記のとおり移送を必要と認めます。				
	令和 年 月 日	住所		
		医 師	氏名		
				

上記のとおり請求します。 令和 年 月 日

所属事業所.....

住 所.....

被保険者 被保険者等 記号・番号.....

氏 名.....

中国電力健康保険組合 御中

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りが無いか申請者本人が確認している。
-------------	--------------------------	---

【注意事項】 移送費の支給を受けるには、以下の3つの要件を満たす必要があります。

- ① 移送により健康保険法に基づく適切な療養を受けること
- ② 移動を行うことが著しく困難であること
- ③ 緊急その他やむを得ないものであること

※家族の看護都合による転院や症状安定後にリハビリのできる病院へ転院する場合等は支給できません。