ルネサス健保使用欄

承認番号	号	決裁	常務理事	事務長	主　任	担　当
承認日	令和　　年　　月　　日					
承認区間	から　　まで	資格取得日	平成　令和　　年　　月　　日			
		資格喪失日	令和　　年　　月　　日			
		扶養認定日	平成　令和　　年　　月　　日			

ルネサス健康保険組合御中 （送付先は、下記参照）

健康保険　被保険者 被扶養者　移送費承認申請書

提出日	令和　　年　　月　　日

被保険者情報　※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者の記号・番号(右詰め)		被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和　平成　令和　年　月　日
記号　　番号					
社　名		従業員番号		日中の連絡先　電話番号	

申請内容

対象者が被扶養者の場合はその氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
傷　病　名	発病又は負傷日	発病又は負傷の原因及びその経過		第三者行為の有無	
	令和　年　月　日			有 ・ 無	
やむを得ない事由で事後に申請する場合はその理由					

医師の意見欄

傷病名		移送年月日	令和　年　月　日
移送を必要とする理由			
移送の方法、区間及び回数		費用見積額	円

上記の通り移送の必要を認めます。
令和　年　月　日

医療機関所在地　〒
名称
医師名
TEL:

＜注意事項＞

移送費を申請の際は事前にこの申請書を提出ください。やむを得ず事後になる場合もこの申請書を提出ください。

＜申請書の送付先＞

加入区分	送付先
一般被保険者	社会保険労務士法人なんの木事務所[〒101-0063東京都千代田区神田淡路町2-29] ※社内便の場合:本/日立MP(OC2)(人事ソ)なんの木
任意継続・特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

事業所担当者印

健保受付日付印