

<p>< 注意 > 移送費は、医師の指示で緊急に移送された場合が対象です。 通常の転院やり八ビリによる転院等、緊急性のない場合は認められません。</p>		主任	担当
承認区間	健保使用欄です。記入しないでください。	平成 令和 平成 令和 平成 令和	年 月 日 年 月 日 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

記入例

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

基本情報

枝番(-00)記入は不要です。

被保険者証の記号・番号(右詰め)										被保険者氏名		フリガナ 令和 タロウ		生年月日		昭和 平成	
記号	1	0	0	番号	2	3	4	5	6	7	令和 太郎	令和 太郎	昭和 平成	年	月	日	
事業所名										連絡先							
社名					従業員番号					内線TEL		日中の連絡先電話番号					
ルネサスエレクトロニクス					012345678					814-1234		03-1234-5678					

申請内容

対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ	レイワ	ハナコ	続柄	妻	生年月日	昭和 平成	51	年	1	月	3	日
	令和	花子					昭和 平成						
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					
病	平成 令和 2 年 5 月 1 日			自宅で発症し〇〇病院へ入院した				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													
〇〇病院で手術対応が出来ない為、病院に医師の指示により緊急に寝台車で移送された為、事前に申請する余裕がなかった。													

医師の意見欄

傷病名													年	月	日	
移送を必要とする理由																
移送の方法、区間及び回数															円	
上記の通り移送の必要																
令和	年	月														
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)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

--