

決 裁 令 和 年 月 日

| | | | | | | |
|-------|-----|-----|------|-----|----------|-----|
| 健保使用欄 | 受 付 | 登 録 | 常務理事 | 事務長 | 関係者 | 担 当 |
| | | | | | | |
| | 支給額 | 円 | 受付番号 | NO. | 令和 年 月 日 | |

移送承認申請・請求書 (回目)

中部電力健康保険組合 常務理事 殿 令和 年 月 日 届出

| | | | | | | |
|---------------------------|-------------------|--------|--|----|------------------------|----------------------|
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証 | 記号 | 会社名・所属 | | | |
| | | 番号 | 連絡先 | ☎ | | |
| | 被保険者氏名 | | | | 生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 |
| | 被扶養者に関する申請の場合 | | | | | |
| | 氏 名 | | | 続柄 | 生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 令和 |
| | 傷病名 | | | | 発病または負傷の原因年月日 | 平成・令和 年 月 日 |
| | 発病または負傷の原因 | | | | 原因が第三者行為によるものであれば相手方氏名 | |
| | 移送を必要とする区間 | ～ | | | (予定)年月日 | 令和 年 月 日 |
| | | | | | (予定)回 数 | 回 |
| | 公費を受けた者の公費負担適用有・無 | 有 無 | 1. 障害者 2. 母子家庭 3. 乳幼児 4. 老人医療 5. その他 () | | | |
| やむを得ない事由で事後において届け出る時はその理由 | | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------|--|
| 医師等による意見・証明を記入するところ | 傷病名 | | 療養を開始した日 | 平成・令和 年 月 日 | |
| | | | 入 院 日 | 平成・令和 年 月 日 | |
| | 病状等の状況 | 1. 傷病経過の概要 | 2. 主な検査成績及び手術が行われた場合はその名と施行月日 | | |
| | 移送が必要な理由 | | | | |
| | 移送の経路等 | ～ | | | 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間 計 回 |
| | 看護婦等の付添がある場合 | 1. 付添人の氏名、所属する病院等の名称・住所 | | 2. 付添が必要な理由 | |
| | 移送該当者が入院している場合 | 入 院 期 間 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日 | | 入院先の医療機関名 | |
| | 上記に掲げる理由で移送が必要であると認めます。 | | | | 令和 年 月 日 |
| 保険医療機関の住所および名称 (電 話 番 号) | | | | | |