

承認	方 法	
	回 数	
	費 用	円
不 承 認		

決 議 書		
常 務 理 事	事 務 長	扱 者

受付日付印

受 付 年 月 日	R 年 月 日
伺 年 月 日	R 年 月 日
決 裁 年 月 日	R 年 月 日

資 格 取 得	S・H・R 年 月 日
資 格 喪 失	H・R 年 月 日
支 払 年 月 日	R 年 月 日

被保険者
被扶養者
移送費承認申請書・移送届

		令和 年 月 日	
トヨタウエインズグループ健康保険組合理事長 殿			
被保険者の住所		氏名	
下記のとおり申請します。		(印)	
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	—	事 業 所 の 名 称	
移 送 対 象 者	氏 名	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日 被 保 険 者 と の 続 柄
発 病 また は 負 傷 の 年 月 日	平成・令和 年 月 日		
傷 病 の 原 因			
医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見	傷 病 名	移 送 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	移 送 を 必 要 と し た 事 由		
	移 送 の 方 法 区 間 及 回 数	費 用 の 見 積 額 (移 送 後 の と き は 実 費)	円
うえのとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師名 (印)			
やむを得ない事由 で移送後に届出るときは その事由			

※やむを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書(公共交通機関等は実際に移送を行ったことを証するに足るもの)を添えること。

備考欄	
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)	

承	
決	
日	
月	
年	
日	
月	
年	
日	
月	
年	
日	

決	
日	
月	
年	
日	
月	
年	
日	
月	
年	
日	


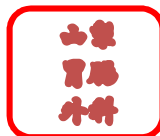
健保使用欄

健保使用欄

被保険者
被扶養者

移送費承認申請書・移送届

移送前の本人の場合

		令和 元年 5月 29日	
トヨタウエインズグループ健康保険組合理事長 殿			
被保険者の住所		横浜市保土ヶ谷区〇〇町111-11	
氏名		健保 太郎 	
下記のとおり申請します。			
被保険者証の記号番号	1-2345	事業所の名称	横浜トヨペット(株)
移送対象者	氏名 健保 太郎	生年 昭和・平成・令和 月日 39年 6月 23	被保険者との続柄 本人
発病または負傷の年月日	平成・令和 元年 5月 28日		
傷病の原因	不詳		
医師	傷病名 腸閉塞	移送年月日	平成・令和 元年 6月 9日
又は	移送を必要とした事由 手術設備のある本人自宅近くへ転院の為		
は	移送の方法 山梨胃腸外科から横浜病院まで	費用の見積額	18,600円
歯	区間及回数 民間の救急サービス使用	(移送後のときは実費)	
科	うえのとおり移送の必要を認めます。		
医師	令和 元年 6月 2日	医療施設の所在地	山梨県甲府市富士見町432-1
の	医療施設の名称	山梨胃腸外科	
意見	医師名	山田 健一	
やむを得ない事由で移送後に届出るときはその事由	無 記 入		

必ず証明を受けること→

※やむを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書(公共交通機関等は実際に移送を行ったことを証するに足るもの)を添えること。

備考欄	
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)	

承	
決	
年	
月	
日	
決	
年	
月	
日	

健保使用欄

決	
年	
月	
日	
支	
年	
月	
日	

健保使用欄

被保険者
被扶養者
移送費承認申請書・移送届
移送前の扶養者の場合

令和 元年 5月 29日			
トヨタウエイズグループ健康保険組合理事長 殿			
被保険者の住所		横浜市保土ヶ谷区〇〇町111-11	
氏名		健保 太郎 健保	
下記のとおり申請します。			
被保険者証の記号番号	1-2345	事業所の名称	横浜トヨペット(株)
移送対象者	氏名 健保 洋子	生年 昭和・平成・令和 月日 62年 3月 3日	被保険者との続柄 長女
発病または負傷の年月日	平成・令和 元年 5月 28日		
傷病の原因	不詳		
医師又は歯科医師の意見	傷病名	腸閉塞	移送年月日 平成・令和 元年 6月 9日
	移送を必要とした事由	手術設備のある本人自宅近くへ転院の為	
科	移送の方法 区間及回数	山梨胃腸外科から横浜病院まで 民間の救急サービス使用	費用の見積額 (移送後のときは実費) 18,600円
	うえのとおり移送の必要を認めます。 令和 元年 6月 2日 医療施設の所在地 山梨県甲府市富士見町432-1 医療施設の名称 山梨胃腸外科 医師名 山田 健一		
必ず証明を受けること→		山梨胃腸外科	
やむを得ない事由で移送後に届出るときはその事由	無 記 入		

※やむを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書(公共交通機関等は実際に移送を行ったことを証するに足るもの)を添えること。

備考欄	
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)	

承
決
年
月
日

健保使用欄

決
支
年
月
日

健保使用欄

被保険者
被扶養者

移送費承認申請書・移送届

移送後の本人の場合

令和 元年 6月 29日			
トヨタウエインズグループ健康保険組合理事長 殿			
被保険者の住所		横浜市保土ヶ谷区〇〇町111-11	
氏名		健保 太郎 健保	
下記のとおり申請します。			
被保険者証の記号番号	1-2345	事業所の名称	横浜トヨペット(株)
移送対象者	氏名 健保 太郎	生年 昭和・平成・令和 59年 6月 23日	被保険者との続柄 本人
発病または負傷の年月日	平成・令和 元年 5月 28日		
傷病の原因	不詳		
医師又は歯科医師の意見	傷病名	腸閉塞	移送年月日 平成・令和 元年 6月 9日
	移送を必要とした事由	手術設備のある本人自宅近くへ転院の為	
	移送の方法 区間及回数	山梨胃腸外科から横浜病院まで 民間の救急サービス使用	費用の見積額 (移送後のときは実費) 18,600円
	うえのとおり移送の必要を認めます。 令和 元年 6月 21日 医療施設の所在地 山梨県甲府市富士見町432-1 医療施設の名称 山梨胃腸外科 医師名 山田 健一		
	必ず証明を受けること→		山梨 胃腸 外科
やむを得ない事由で移送後に届出るときはその事由	緊急を要した為		

※やむを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書(公共交通機関等は実際に移送を行ったことを証するに足るもの)を添えること。

備考欄	
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)	

