|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 承認決議 | 期　日 | 　　 年　　 　月　　 　日 |  　 伺 |  決　裁**移　承** |
|  係　　員 |  Ｇ　　Ｌ |  事 務 長 |  常務理事 |
| 区　間 | ～ |

東レ健康保険組合　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　年　　月　　日

 **被保険者**

 **家　　族**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証の記号・番号 | 記号 |  |  |  |  | 番号 |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年 　 月 　日 |
| 住 　 　　所 |  〒 Tel. | 事業所職 場 |  |
|  Tel |
| 　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  申請が被扶養者に 関する時その者の |   | 生年月日 | 年　　月　　日 | 続柄 |  |
| 傷病名 |  | 発病 または負傷年月日 |  年 　　月　　日 |
|  発病または 負傷の原因 |  |
| 移送を必要とす　る | 理　 由 |  |
| 移 送 日 |  月 　日～ 　月　 日 | 回数 |  　　 回 | 移送前 |  から |
| 区　 間 | ～ | 距離 |  Km | 移送先 |  へ |
| 交通機関 |  | 費用 |  円 | 移送後 | ・入院　　・外来 |
| 個人情報保護関連（必ずご記入ください） | 本件について必要に応じて医療機関もしくは担当医に確認することに同意します。（・はい　・いいえ　） |
| 医師の意見書 |  傷　　病　　名 |  |
| 移送を必要とす　る | 理由等 |  （症状・ その他具体的にご記入下さい。付添人が必要な場合は人数とその理由も併記して下さい。） |
|  期 日 |  月 　日～ 　月　 日 | 区間 | ～ |
|  上記のとおり移送の必要を認めます。　　 　　　　　　　　年　　月　　日 医療機関の所在地　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　医師の　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 Tel. |  ［受　付　日］ |

制度の概要について （参考）

 移送費は、当該移送の目的である療養が保険診療として適切であって、患者が移動困難であり、かつ緊急その他やむ得ないと保険者が認めた場合について、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用により算定された額を、現に要した費用を限度として支給する制度です。

従って、通院など一時的、緊急的とは認められない場合については、移送費の支給の対象とはなりません。