

EXAMPLE

Submit to:
By post: Suntory Health Insurance Association 2-1-40
Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004

【提出先】

〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
サントリー大阪オフィス内
サントリー健康保険組合宛

医師の指示で一時的・緊急的が必要
あって移送される場合

移送承認申請書

急性の傷病のため、承認申請書を提出する前に移送が
行われた場合は、移送後速やかにこの承認申請書を
提出してください

To be filled out by the applicant

被 保 険 者	氏名 <input type="text" value="健康 太郎"/> Name	生年月日 <input type="text" value="令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日"/> Birth date (YY/MM/DD)	続柄 <input type="text" value="長男"/> Relationship
	勤務先 <input type="text" value="SWH"/> Establishment	部署 <input type="text" value="〇〇部"/> Division	
申 請 者 記 入 欄	健康保険記号 <input type="text" value="1234"/> Symbol	健康保険番号 <input type="text" value="123456"/> Number	
	氏名 <input type="text" value="健康 一郎"/> Name	生年月日 <input type="text" value="令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日"/> Birth date (YY/MM/DD)	続柄 <input type="text" value="長男"/> Relationship
医 師 の 意 見 欄	発病又は負傷の年月日 <input type="text" value="令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇日"/> Date of occurrence of sickness/injury(YY/MM/DD)		
	傷病の原因、診療または手当の内容 <input type="text" value="〇〇〇〇〇〇〇〇"/> Cause of sickness/injury, details of examination/treatment		
	やむを得ない事由のために事前に承認申請ができなかった場合には、その理由 <input type="text" value="〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇"/> If advance application could not be submitted for unavoidable reasons, state those reasons:		
	発病(負傷)時の状況 <input type="text" value="〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇"/> Conditions at time of sickness/injury		
	発生時期 * 該当に〇印 勤務中・通勤途中・勤務外・ <input checked="" type="radio"/> その他 持病で外来受診中 () * Circle as applicable (on the job/while commuting/off the job/other ())		
	第三者の行為によって負傷したもの (相手方のある事故等による負傷) * 該当に〇印 (<input type="radio"/> である・ <input checked="" type="radio"/> ではない) * Circle as applicable (Y/N).		
	Injured due to a third party action (insured due to an accident or other incident involving another party)		
	* 第三者行為 に 該当する場合は、別途「第三者行為による傷病届」が必要です。		
	移送年月日 <input type="text" value="令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇日"/> (和暦) 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇日 [〇 日間] * The separate Notification of Injury or Sickness due to a Thirdparty Act is required in cases of third-party actions.		
	Doctor's opinion		
傷病名 <input type="text" value="△△△△△"/>			
移送を必要とする事由 <input type="text" value="■■■■■■■■■■"/>			
移送の方法 <input type="text" value="タクシー"/>		移送に要する費用の見積額 <input type="text" value="■■■■■"/> 円	
移送の区間 <input type="text" value="〇〇市△△区 〇〇病院~〇〇市△△町 ■■■病院"/>		移送の回数 <input type="text" value="■"/> 回	
年 月 日 Obtain a doctor's certification of the necessity of transportation.			
医師の住所 <input type="text" value="移送を必要と認めた医師の証明を受けてください。"/> 氏名 および 印 <input type="text" value="印"/>			
For use in processing by the Health Insurance			
健 保 処 理 欄	事務担当者	備考	
支給対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	受付年月日 年 月 日	
被保険者の資格	年 月 日 取得・喪失	承認年月日 年 月 日	
扶養者認定の有無	有(年 月 日取得)・無	承認番号	