

被保険者 被扶養者 [移送承認 移送届]

申請書

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

健保欄	常務理事	事務長	部長	担当

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者の 記号・番号	記号	番号	氏名		ふりがな		
			勤務先(特待は自宅) 電話		-	-	
事業所の名称 (銀行名・部室店名)							
移送を受ける者		生年月日	昭・平・令 年 月 日	歳	続柄		
傷病名			発病又は負傷 年 月 日	平・令	年 月 日		
発病または負傷の原因 及びその経過							
移送年月日	平・令	年 月 日	費用の見積り額	円			
移送先所在地名称							
移送方法・区間	から → まで						
事後申請の場合は その理由(※)							

・「記号・番号による申請」に代えて「個人番号による申請」もできます。この場合「運転免許証」「パスポート」等の身元確認資料の提出が必要となります(「記号・番号による申請」の場合は身元確認資料は不要です)。

[個人番号記入欄]

※已むを得ない事由のため、予め承認を受けずに移送した場合の届出は標題を「移送届」とし、已むを得なかった事由を「事後申請の場合はその理由」欄に記載して下さい。

◎移送承認申請時には必ず移送参考調書(書式5-4-1)を添付してください

【郵便】〒105-0014 東京都港区芝2-4-3 三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛
 【行内メール】東日本(7872-50) 三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛

医 師 の 証 明	傷病名		移送方法	
	移送区間	から → まで		
	移送を必要とする医学的見解(どのような目的・事由により転院等をする必要があるのか。かつ移動困難の状況。)			
	上記理由により移送の必要を認めます。 所在地 令和 年 月 日 医療機関名称 医師氏名			

健保欄	受付日	承認NO	決定日	事業所コード

(注) 移送費支給申請書に添付して下さい。

移送承認書 令和 年 月 日

承認NO 三菱UFJ銀行健康保険組合

移送年月日	移送の方法・区間
平・令 年 月 日	