

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

下記のとおり申請します。

健保欄	常務理事	事務長	部長	担当

令和 ○○年 ○○月 ○○日

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	氏名	ふりがな けんぼ たろう		
	0000	0000000		健保 太郎		
事業所の名称 (銀行名・部室店名)		○○○○・○○○○				
移送を受ける者	健保 太郎	生年月日	昭・平・令 ○○年 4月 1日	○○ 歳	続柄 本人	
傷病名	腸閉塞	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	不明					
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	○○県○○市○○町2 ○○○○病院					
移送方法・区間	タクシー ・ ○○○○胃腸クリニック から → ○○○○病院 まで					
事後申請の場合は その理由(※)	手術の必要があったが、そのための設備が十分ではなかったため。					

・「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