常務理事	事務長	係　員

被保険者
被扶養者

移送承認申請書・移送届

被保険者が記入するところ	被保険者証等記号と番号		―	被保険者氏　名			
	被保険者の現住所	〒 ＴＥＬ　（　　）　―					
	事業所の名称						
	発病または負傷の年月日	令和　年　月　日 （負傷の場合は　時頃）					
	発病または負傷の原因とその経過						
	移送を必要とする	理　由					
		方　法	1．タクシー　2．その他（　）				
		区　間 回　数	から　まで （　経由）			回	
	移送をする前に提出できなかったときはその理由						
	傷病が第三者の行為によるときは別に「第三者による傷病届」を添付すること。						
	被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名		生年月日	年　月　日生	続柄	

（注意事項）

※この申請書（届）は、歩行困難な患者を他の場所に移送するとき等、近畿日本鉄道健康保険組合へ提出し移送のためにかかった費用を払戻してもらう、承諾を受けるためのものです。

受付日付印

<table>
<tr><td rowspan="4">医師が記入するところ</td><td>傷病名</td><td colspan="2"></td><td>保険で療養を開始した日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>必要を認めた移送の区間および回数</td><td>区間</td><td colspan="3">から　まで
（　経由）</td><td>回数</td><td>回</td></tr>
<tr><td>移送を必要と認めた理由（病状などを入れて詳しく）</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="7">上記理由により移送の必要を認めます。
令和　年　月　日

所在地
電話番号
名称
医師名</td></tr>
</table>

《移送費支給の用件》

移送費の支給は、次のいずれにも該当すると保険者が認めた場合に行われる。

（1）移送の目的である療養が、保険診療として適切であること。

（2）患者が療養の原因である病気・けがにより移動が困難であること。

（3）緊急その他やむおえないこと。