

常務理事	事務長	担当	係

健康保険
Health Insurance

被保険者
Insured Person
家族
Family Member

移送承認申請書・移送届
Application Form for Approval of Transportation
Expenses / Notification of Transportation

※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください *If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field.

被保険者が記入するところ To be Completed by Insured Person	① 被保険者等の記号番号 Insured Person's Symbol/Number		② 被保険者(申請者)の氏名 Name of Insured Person (Applicant)		③ 被保険者の生年月日 Birth Date of Insured Person	
	記号 Symbol	番号 Number			年 月 日 YYYY MM DD	
	④ 被保険者(申請者)の住所 Address of Insured Person (Applicant)		〒 —			
	家族が移送を受けたときはその者 When a family member has received transport: That person		⑤ 該当者氏名 Name of Applicable Person	⑥ 続柄 Relationship	⑦ 該当家族の生年月日 Birth Date of Applicable Family Member	
					年 月 日 YYYY MM DD	
	⑧ 事業所の Workplace's	所在地 Location 名称 Name				
	⑨ 傷病名 Name of Illness or Injury					
	⑩ 発病または負傷の原因を詳しく Cause of Illness or Injury (be specific)					
	⑪ 負傷原因が第三者により生じたものですか Caused by a Third-party ?		いいえ ・ はい Yes/No			
	⑫ 移送を必要とする Need for Transport		理由 Reason			
		区間回数 Route and frequency	から from	まで to	回 time(s)	
⑬ 移送をする前に提出できなかったときはその理由 Reason for inability to submit prior to transport						

医師が記入するところ To be Completed by Doctor	⑭ 傷病名 Name of Illness or Injury				
	⑮ 必要と認め た移送の Transport Deemed Necessary	方法 Method 区間回数 Route and frequency	から from まで to 回 time(s)		
	⑯ 移送を必要と 認め た理由 Reason transport was deemed necessary ※症状、その他具体的に 記入してください。 *Please provide specific details about				
	うえの理由で移送の必要を認めます。 I hereby certify that transport was necessary for the reasons stated above.				
年 月 日 YYYY MM DD 住所(所在地) Address (Location) of the medical care institution 医師の 保険医療機関名 Doctor's Name of the medical care institution 氏 名 Name ※医療機関名等ゴム印を押印ください。 * Please stamp the name of the medical care institution, etc.					

受取日付印

FR健康保険組合〔R7.1〕
FR Health Insurance
Organization (January, 2025)