健保2－4（20241001）

令和　　年　　月　　日

三菱自動車健康保険組合　御中
（在職中の方は勤務先の
健保担当窓口経由でご提出ください。）

受付日付印

被保険者 被扶養者 移送承認申請書

被保険者記入欄	被保険者等	記号	番号	事業主使用欄 この申請書は被保険者が作成したものである　□
	事業所名			記号・番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください
	所属			
	被保険者氏名			連絡先　日中に連絡可能な電話番号等（内線不可）
	受診者氏名	続柄		受診者生年月日　□昭和 □平成 □令和　年　月　日
	発病または負傷年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日		発病又は負傷の原因
	医療機関の所在地及び名称			備考

医師意見記入欄	傷病名		移送を必要と認める具体的な理由
	移送(予定)年月日	令和　年　月　日	
	移送の方法及び区間		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　年　月　日　所在地 医療機関名 担当医氏名		

健保記入欄	移送承認伺				
	移送方法及び移送区間	常務理事	事務長	主任	担当

注 1. 移送を要する場合はこの申請書を必ず事前に提出して承認の可否を得てください。
2. やむを得ない理由で事前に提出することができず事後承認を得ようとする場合は「届書」として、その理由を備考欄に記載してください。

【以下健保記入欄】

令和　　年　　月　　日

移送承認決定通知書

三菱自動車健康保険組合
理事長

今回の移送について　可 否　と決定しましたので通知いたします。

被保険者等	記号	番号	承認内容	移送年月日	令和　年　月　日
被保険者氏名				移送方法及び区間	
受診者氏名	続柄				

移送承認可となった場合には、本通知書を貼付の上、移送費支給申請書にて請求してください。なお、否決された場合は移送費の対象となりません。
ご決定でわからないことがある場合は健康保険組合にお尋ねください。
また、この保険給付の決定に関し不服のある場合は、この決定通知を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書又は口頭によって社会保険審査官（関東信越厚生局内）に審査請求できます。また、その決定に不服があるときは、決定書の送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に社会保険審査会（厚生労働省内）に再審査請求をすることができます。
なお、この決定の取消しの訴えは、決定があったことを知った日から6ヶ月以内（審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内）に、健康保険組合を被告として提起できます。ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。