

記号	番号	被保険者氏名	所 属
被 保 険 者 又 は 請 求 者 記 入 欄	対象	<p>移送費として認められるものには 条件がありますので事前に当組合に お問い合わせください。</p>	
	傷		
	診療 手当 あり		
	移送		
	移送		
	移送		
退 記			
(任意 は記)			

医 師 ・ 歯 科 医 師 記 入 欄	傷 病 名	
	移送を必要とする理由 〔 症状・その他具 体的に記入し てください。 〕	
	移送の方法区間・回数	
	上記のとおり移送の必要を認めます。	令和 年 月 日
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	医師の氏名	
	医療機関の連絡先	()

※ 領収書を添付してください。 令和 年 月 日提出

<p>【提出先】</p> <p>記号 1000・1001・8173の方 記号 820の方 記号が上記以外の方……………</p>	<p>三菱ケミカル健保組合 【社内便】パレスビル12階 三菱ケミカル健康保険組合 【郵 送】〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル 三菱ケミカル健康保険組合 各事業所の健保担当</p>
--	--

健 保 記 載 欄	支給額			

受付日付印

事業所	
-----	--

健保組合	
------	--

04.04