

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><b>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<sup>に</sup>当組合に お問い合わせください。</b></p>	
	傷		
	診療 手当 あり		
	移送		
	移送		
	移送		
退 記	円		
[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。	
	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

**【送付先】** 詳しくは申請書1枚目をご参照ください

SATO社会保険労務士法人に委託している事業所.....SATO社会保険労務士法人 三菱ケミカル担当  
[郵 送]〒523-0011 大阪府大阪市淀川区西中島3丁目5-2 新居第10ビル 3F

SATO社会保険労務士法人に委託していない事業所.....各事業所の健保担当者

任意継続保険加入者  
三菱ケミカル健康保険組合の資格を喪失した方 ] 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

健 保 記 載 欄	支給額			

受付日付印

事業所	
-----	--

健保組合	
------	--