～申請書を作成される前にご確認ください～

会社PCをお持ちの方は、社内ポータルサイト内にある
「健保ワークフローシステム」より申請をお願いします。
リンクはこちら→　https://kenpo1.km.local/OnBase/home.html

以下の方は次ページ以降の申請書（紙媒体）をご提出ください。
- 会社PCをお持ちでない方
- 長期休務や休職中の方
- 海外出向者の方
- 任意継続の方

被保険者
被扶養者(家族)

移送費申請書

(システム添付用)

委　任　状

私は、この申請手続きを
（ 枚方工場　総務課 / 玉城工場　総務課 / KDJ　労務人事課 / 本社　人事労務課 / 本社　グローバル人事課 ）
該当部署名を〇で囲んでください
に委任する。

申請日（西暦）　年　月　日

住所

氏名　㊞

※自署の場合、押印不要

被保険者	被保険者証	記号 ☐ 10 ☐ 47 ☐ 80	番　号 (右づめ)	生 年 月 日 西暦　年　月　日	
	社員番号				
	氏 名			自宅 TEL 日中の連絡先	(　)　- (　)　-
	会社名称	☐ 京セラドキュメントソリューションズ㈱ ☐ 京セラドキュメントソリューションズジャパン㈱		所属部署名	

申請内容	移送を受けた者	☐ 被保険者　(社員) ☐ 家族(被扶養者)	家族の場合 氏　名		☐ 男 ☐ 女	
		家族の場合　☐ 配偶者 ☐ 子 被保険者との続柄　他(　)		生年月日 (西暦)	年　月　日生	
	傷病名			発病または負傷年月日	年　月　日生	
	発病の原因及び傷病の経過	☐ 病気　☐ ケガ　☐ その他				
	移送先医療機関などの	名　称				
		移送先　医師の氏名				
		所　在　地				
	移送期間	自　西暦　年　月　日 至　西暦　年　月　日		日数	日間	
		移送期間に入院していた期間	自　西暦　年　月　日 至　西暦　年　月　日	日数	日間	
	移送の経路及び方法					
	移送に要した費用			備考		

医師の意見

移送が必要と認めた理由	
付き添いが必要と認めた理由	
入院した病院または診療所名	
移送の経路及び方法	

上記の通り相違ありません　　年　月　日

医師の住所

氏名

被保険者
被扶養者(家族)

移送費申請書

（システム添付用）

委　任　状

私は、この申請手続きを（枚方工場　総務課／玉城工場　総務課／KDL　労務人事課／本社　労務課／本社　人事課）に委任する。

該当部署名を〇で囲んでください

該当する部署に〇で囲んでください

申請日（西暦）　　年　　月　　日

住所

氏名　　㊞

自署の場合は押印不要です。(データ印不可)

被保険者			
被保険者証	記号 □ 10 □ 47 □ 80	番　号（右つめ）	生年月日 西暦　年　月　日
社員番号			
氏　名			自宅 TEL（　）　－
会社名称	□京セラドキュメントソリ □京セラドキュメントソリューションズジャパン㈱		

医師の証明と同じ内容を記載してください
申請者が記載する事になります

申請内容				
移送を受けた者	□ 被保険者（社員） □ 家族(被扶養者)	家族の場合 氏　名		□ 男 □ 女
	家族の場合 □配偶者 □子 被保険者との続柄 □他(　　)	生年月日（西暦）	年　月　日生	
傷病名		発病または負傷年月日	年　月　日	
発病の原因及び傷病の経過	□ 病気　□ ケガ　□ その他			
移送先医療機関などの	名　称			
	移送先　医師の氏名			
	所　在　地			
移送期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日	日数	日間	
	移送期間に入院していた期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日	日数	日間
移送の経路及び方法				
移送に要した費用		備考		

最初に申請者情報を記載

医師の意見	
移送が必要と認めた理由	
付き添いが必要と認めた理由	
入院した病院または診療所名	
移送の経路及び方法	
上記の通り相違ありません	年　月　日
医師の住所	
氏名	

医師・病院に依頼

記載に時間がかかる場合があります。

治療後、速やかに依頼してください。

京セラドキュメントソリューションズ健康保険組合