

健康 保 記 入 欄	同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	事業所担当者
	区分	承認・不承認				
	移送期日	平成 年 月 日				
	移送区間	から まで				
	移送回数	回				

※印刷してご利用願います。

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

被 保 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号		番号		生年月日	昭和 平成	年	月	日		
	フリガナ				事業所名						
	被保険者の氏名	(印)									
	被保険者の住所	〒								都道府県	市区郡
	電話 - -										
	申請が被扶養者に関するときは、その方の	氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄
	傷病名				発病または負傷年月日	平成	年	月	日	第三者行為によるものですか	1. いいえ 2. はい
	発病または負傷の原因				移送(予定)年月日	平成	年	月	日		
	移送を必要とする理由										
	移送区間		から		まで	移送後入院外	1. 入院 2. 入院外	移送回数		回	
移送する前に申請することができなかったときはその理由											

医 師 の 記 載 欄	傷病名				発病または負傷年月日(療養開始日)	平成	年	月	日	
	移送を必要と認めた理由									
	症状など具体的に									
	移送の方法		移送区間		から		まで	移送回数		回
上記の理由で移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 所在地 医療機関名 医師の氏名 (印) 電話 - -										

<被保険者への注意事項>

- この申請書は、歩行困難な患者を他の場所へ移送するときに、健保組合の承認を受けるものです。
- 健保組合の承認を受けた後に、「移送費支給申請書」を提出してください。
- 急病のため、この書類を出す前に移送を行わなければならないときは、移送してからすぐに(1日か2日のうちに)この書類を提出しなければなりません。

支給印

受付印