

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。

記入例

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者の 証の 記号	92	番号	123456	生年 月日	昭和 平成	○	○	年	月	日	8	5	
	フリガナ	アジノ タロウ	被保険者の 氏名	味野 太郎	事業所 名	〇〇〇株式会社								
	被保険者の 住所	〒 1 5 7 - 0 0 × ×	東京	都 府 県	世田谷	市(区 郡)	電話 03 - 0000 - 0000							
	申請が被扶養 者に関するときは、 その方の	氏名	該当せず	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	続柄					
	傷病名	脳出血	発病または 負傷年月日	平成	○	○	年	月	日	5	5	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	自宅で倒れて意識を失った				移送(予定) 年月日	平成	○	○	年	月	日	5	5
	移送を必要 とする理由	最初に行った病院では、設備が不十分なので、大きな病院へ行った												
	移送区間	〇〇町	から	××町	まで	移送後 入院外	① 入院 ② 入院外	移送 回数	1 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	家族が自家用車で病院まで運んだため、その余裕がなかった												

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 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