

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	事業所担当者印		被保険者証の		③ 生年月日			
	①記号	②番号	昭和	年	月	日		
	被保険者の氏名と印		(フリガナ)	④	事業所の所在地	名称		
	被保険者の住所		郵便番号	—	(フリガナ)		(電話番号)	
	療養が被扶養者に関するときは、その方の		④氏名		⑤ 生年月日	大和 平成	年 月 日	⑥被保険者の続柄
	傷病名						発病または負傷年月日 (療養開始日)	年 月 日
	発病または負傷の原因を詳しく						第三者行為によるものですか いいえ ・ はい	
	診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所(医院)の		名称			診療を担当した医師等の氏名		
	移送区間		(フリガナ)	(フリガナ)	移送後入院	移送回数	不承認区間	
	移送を必要とする期間		承認不承認の別		承認 (不承認) 期間			
年 月 日から 年 月 日まで 日間		※ 承認 不承認		(自) 年 月 日	(至) 年 月 日			
移送を必要とする理由								
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								

※	承認(不承認)番号	承認回数

常務理事	事務長	係

ア. この申請(届)書は、歩行困難な患者を他の場所に移送するとき、移送にかかった費用の払戻しをうけるための承認をうけるものです。急性の傷病のため、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。

イ. 標題の「被保険者」および「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んでください。

ウ. 標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、④、⑤、⑥欄に「該当せず」と記入してください。

エ. 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して訂正印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

オ. 傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作成してください。

カ. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

キ. ※印の欄は、記入しないでください。

平成 年 月 日提出

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

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	
⑦ 上記のとおり移送の必要を認めます。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 令和 年 月 日 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 10px;"> 住 所 〒 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 10px;"> 医師の </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 10px;"> 氏 名 ⑧ </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 10px;"> 電 話 () — </div>	

**医師への
注意事項**

数字または、文字を訂正する場合は、誤った数字または文字を抹消し、その部分へ⑦欄に押した印と同じ印をおしてから
 その上に正しい数字または、文字を記入してください。