

被保険者  
健康保険 家族 移送費承認申請書・移送届

被保険者 (申請者) 情報	被保険者の 記号	番号	生年月日
	フリガナ	—	年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	被保険者の 氏名		電話番号(日中の連絡先) ( )
	被保険者 (請求者) の住所	〒 —	
	事業所 名称	所在地	
委任状	コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長殿 上記のとおり申請いたします。 上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。		令和 年 月 日
	被保険者氏名		印

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 被保険者	氏名
	移送を受けた方の生年月日 及びその続柄	令和 年 月 日	続柄	
	傷病名			
	発症または傷病の原因			
	発症または傷病の年月日	令和 年 月 日		
	診療棟の支給又は手当てを受け た病院あるいは診療所(医院)の	名称	所在地	診療を担当した医師 等の氏名
		〒 —		
	移送区間	から	まで	
	移送後	入院 入院外	移送回数	回 不承認 区間
	移送を必要とする期間	*承認 不承認	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	*承認 不承認	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日
	*承認(不承認)番号	*承認回数		

健保受付年月日

常務理事	事務長	係

ア、この申請書は、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い戻しを受けるための承認を受けるものです。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時は、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、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。

ウ、傷病が第三者行為による斧である時は、別に「第三者行為による傷病届」を提出してください。

エ、証明書が外国語で記載されている場合は、本台車の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

オ、\*欄は記入しないでください。

# 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

医師・ 歯科医師 記入欄	移送を必要と認めた理由
	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)
	付添を必要と認めた理由
	移送の方法 区間・回数
	移送年月日
	上記のとおり移送の必要を認めます。 <p style="text-align: right;">令和      年      月      日</p> 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 <p style="text-align: right;">電話      (      )</p>

\*注) 数字又は文字を訂正する場合は、誤った数字又は文字を消し、その部分へ委任欄に押した印と同じ印を押してからその上に正しい数字又は文字を記入してください。