

どちらかを選択してください

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届

事業所担当者印 印	被保険者証の		生年月日			
	記号	番号	昭和 平成	年	月	日
	5	2028999	昭 和	55	05	05
被 保 険 者 の 氏 名 と 印	(フリガナ)	ケンボ タロウ	事業所の 名称	コスモ石油(株)		
		健保 太郎	所在地	東京都港区芝浦1-1-1		
被 保 険 者 の 住 所	郵便番号	105 0014	(フリガナ)	トウキョウトミナトクシバ1チヨウメ10バン11ゴウ		(電話番号)
		東京都港区芝一丁目10番11号				03-3798-xxxx
療 養 が 被 扶 養 者 に 関 す る 時 は 、 そ の 方 の	氏名	健保 花子	生年月日	大正 昭和 平成	55年05月06日生	被保険者 との続柄
						妻
傷 病 名	xx病				発病または負傷年月日 (療養開始日)	
					年	05月01日
発 病 ま た は 負 傷 の 原 因 を 詳 し く	による				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	病院	診療を担当した 医師等の氏名			
	所在地	県市町				
移 送 区 間	(フリガナ)	サンカクサンカクビョウイン	(フリガナ)	シカクシカクビョウイン	移送後入院	移送回数
		病院	から	病院	まで	入院 入院外
移 送 を 必 要 と す る 期 間	承認不承認の別		承認 (不承認) 期間			
	承認 不承認	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日			
年 05月 10日から 年 05月 10日まで 1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		病院での治療が困難なため病院へ転院のため			
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		緊急のため				
承認(不承認)番号		承認回数				

事業所担当者印を貼る欄

押印は忘れずに

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私戻しをうけるための承認をつけるものです。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)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、いづ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、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

年 月 日 分 号

