

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	担当

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届
家族

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 番号					
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭・平	年	月 日	
	住所	〒 - 都・道 府・県				電話番号 (日中の連絡先)	()
	事業所名称						

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	受診者(どちらかに✓)	被保険者	家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか	はい・いいえ(業務外・業務上)	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月 日 続柄()
	傷病名			発病又は負傷年月日	令和	年 月 日
	発病又は負傷の原因					
	移送を必要とする理由					
	移送区間及び回数	から		まで		(回)
	移送前に提出できなかったときはその理由					

傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

医師・ 歯科医師記入欄	患者氏名					
	傷病名					
	移送を必要と認めた理由					
	移送方法					
	移送区間及び回数	から		まで		(回)
	上記のとおり移送の必要を認めます。				令和	年 月 日
所在地						
医療機関等名称						
医師・歯科医師の氏名		電話番号		()		

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

受付日付印