

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 1234	番号 56
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭(平) 年 月 日
	住所	〒 110 - 0000 東京 (都) 中央区 × - × - × マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先) 090 ( 1234 )
	事業所名称	株式会社	

【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 健保 花子	生年月日 昭(平) 年 月 日	続柄(妻)
	傷病名	脳出血(妊娠 週)	発病又は負傷年月日	令和 年 8 月 5 日
	発病又は負傷の原因	不明		
	移送を必要とする理由	緊急で手術する必要があったが、設備が整っていなかったため。		
	移送区間及び回数	産婦人科医院 から 総合病院 まで ( 1 回)		
	移送前に提出できなかったときはその理由	緊急で移送が必要な状態であったため、移送実施後の提出になった。		

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	【 移送を必要と認めた医師等の証明を受けてください。】
	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