

| | | | | | | | |
|------|-----|----|----|----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 次長 | 課長 | 係長 | 主任 | 担当 |
| | | | | | | | |

◎記入方法は記入例をご覧ください。◎適正な給付決定処理を行う為に個人情報を利用させていただきます。

| | | | | |
|-------|-------|-------------------|------|-----|
| 移送承認伺 | 同年月日 | 年 月 日 | 技官意見 | 技官印 |
| | 決裁年月日 | 年 月 日 | | |
| | 区分 | 承認・不承認 | | |
| | 移送期間 | 年 月 日 日間 年 月 日 | | |
| | 移送区間 | から まで | | |
| | 移送回数 | 回 | | |

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

| | | | | | |
|--------------|-------------------------|---|-------------|-----------------------------|--------------|
| 被保険者が記入するところ | ①被保険者証の記号・番号 | 6905 73 | ②被保険者の氏名 | 健保 照夫 | |
| | | | 生年月日 | 昭・平 36年 8月 19日 | |
| | ③請求者の所在地 | 〒154-0012 東京都世田谷区駒沢〇-〇-〇 | | TEL | 03(5672)0000 |
| | ④事業所の名称 | 株式会社 本田珈琲 | | | |
| | ⑤傷病名 | 脳内出血 | ⑥発病または負傷年月日 | 平成 25年 4月 2日 10時 分 | |
| | ⑦発病または負傷の原因 | 頭痛が続いたため病院を受診 | | | |
| | ⑧移送を必要とする理由 | 入院し、詳しい検査をした結果、手術が必要となり 専門技術のある病院へ移る | | | |
| | | 区間回数 | 区間 | 世田谷区 世田谷病院 から 川崎市 川崎総合病院 まで | 回数 |
| | ⑨移送をする前に提出できなかったときはその理由 | | | | |
| | ⑩被扶養者が移送を受けたときはその者の | 氏名 | 該当せず | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |

| | | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------|--------------|----|
| ⑪傷病名 | 脳内出血 | ⑫保険で療養を開始した日 | 平成 25年 4月 2日 | |
| ⑬必要と認めた移送の区間回数 | 区間 | 世田谷区 世田谷病院 から 川崎市 川崎総合病院 まで | 回数 | 1回 |
| ⑭移送を必要と認められた理由(症状などを入れて詳しく) | 脳内出血の症状があり検査をした結果、手術の必要を認めた。 当院で手術ができない為、専門病院への移送が必要。 | | | |

うえの理由で移送の必要を認めます。

平成 25年 4月 6日

住所 東京都世田谷区桜新町〇-〇-〇

保険医

氏名 世田谷区病院 井上正則

受付日付印

酒フーズ健康保険組合

●注意事項

- 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、移送のためにかかった費用を払戻してもらうため承認を受けるものです。
- 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の文字を○で囲んで下さい。
- 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して③欄の認印を押し、その傍に正しい字句を記入して下さい。
- 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記入しこの書類に添付して下さい。
- 医師証明が外国語で記入されている場合は、翔訳者の住所・氏名を明記した翔訳文を添付して下さい。