

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	被保険者証の 記号・番号	-		事業所の名称					
	被保険者の 氏名及び印			印	生年月日	大・昭・平 年 月 日			
	被保険者（請求 者）の住所・TEL	〒□□□□-□□□□		TEL	- -				
	療 養 が 家族の場合	氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	被保険者 との続柄			
	傷 病 名				発病又は負傷 の年 月 日	平成	年 月 日		
	発病又負傷の 原因及び経過				第三者行為に よる負傷か？		・は い ・いいえ		
	診察を受け た病院・医院	名称							
		住所							
	移送を 必要と する	理由							
		区 間 回 数	区間	から	經由	まで	回数	回	
移送をする前に提 出できなかった時 はその理由									
医 師 が 記 入 す る と こ ろ	傷 病 名				保険で治療を 開始した日	平成	年 月 日		
	必要と認めた移 送の区間回数	区間	から	經由	まで	回数	回		
	移送を必要と認め た理由(病状などを入 れて詳しく)								
	うえの理由で移送の 必要を認めます	平成	年	月	日				
	住所								
	保険医 氏名	◎							
健 康 保 険 記 入	移送費				計算式	× 100%		受付印	
					備考				
					常務理事	事務長	会 計	給 付	支払印
	合計給付費	百万	十万	万	千	百	十	-	

1.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、健康保険組合へ提出し、移送のためにかかった費用
払い戻してもらうため承認を受けるものです。

2.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この書類に添付して下さい。