

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		000 - 0000		事業所の名称		〇〇〇株式会社			
	被保険者の 氏名及び印			健康 一郎		印		生年月日 大 昭 平 44年 8月 1日		
	被保険者（請求者）の住所・TEL		〒〇〇〇〇-〇〇〇〇〇		TEL		00 - 000 - 0000 大阪市中央区〇〇〇-〇-〇			
	療養が 家族の場合		氏名		生年月日		明・大・昭・平		被保険者との続柄	
	傷病名		〇〇〇〇〇		発病又は負傷の年月日		平成		〇〇年 〇月 〇日	
	発病又は負傷の原因及び経過		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		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		〇〇〇クリニック		住所			
	移送を必要とする		理由		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		回数		〇 回	
	移送をする前に提出できなかった時はその理由		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇							
	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		
必要と認められた移送の回数		区間		から 經由		まで		回数		
必要と認められた理由(病状などを記入して詳しく)										
うえの理由で移送の必要を認めます		平成		年 月 日		住所		氏名		
健 康 保 険 記 入	移送費		計算式		× 100%		受付印			
			備考							
			常務理事		課 長		会 計		給 付	
	合計給付費		百万		十万		万		千	

- 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。
- 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。