

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	被保険者の記号・番号	-		事業所の名称								
	被保険者の氏名					生年月日	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	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	令和 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 経由 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	令和 年 月 日					
	必要と認めた移送の区間回数	区間	から 経由 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	令和 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	-				

- 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。