

処理区分 1: 承認 2: 不承認	決定年月日	令和 年 月 日			技官の意見
	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者	

被 保 険 者 移 送 承 認 申 請 書 ・ 移 送 届
家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号		事業所名				
	被保険者 の氏名			被保険者 の住所	〒		
	申請が 被扶養者 に 関する とき	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	被保険者 との続柄	
	傷病名			発病・負傷 の年月日	平成 令和 年 月 日		
	発病又は 負傷の 原因					第三者行為によるものですか いいえ はい	
	移送を必要とする 理由						
移送する前に申請する ことができなかったときは その理由							

医 師 の 意 見	傷病名		診療開始 年月日	令和 年 月 日	
	移送を必要と 認めた理由 症状その他 具体的に				
	移送の方法			移送先	移送回数
	移送の区間	から	經由	まで	病院 回
	<p>上記の通り移送の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(医師) 医療機関名 住所(所在地) 〒 氏名 電話 (— —)</p>				

(被保険者への注意事項)

この申請書を事前に提出して、健康保険組合の承認を受けて下さい。
健康保険組合の承認を受けた後に、「移送費支給申請書」を提出して下さい。

* 移送費の支給要件

- ・適切な保険診療を受けるためのものであること。
- ・移動を行うことが著しく困難であること。
- ・緊急その他やむを得ないものであること。

受付日付印