

移送費を申請するときは、必ずこの届を先に提出し、健康保険組合の承認を受けて下さい。(ただし、移送前に届け出ることができなかつたときはその理由を※印欄に記入のこと)

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

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 こ ろ	被保険者証の記号番号	100	123456	事業所名	××××株式会社		
	被保険者の氏名	給付 太郎		被保険者の住所	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3		
	申請が被扶養者に関するとき	氏名		生年月日	昭和 55年4月15日 平成	被保険者との続柄	
	傷病名	背骨骨折		発病・負傷の年月日	昭和 平成 XX年X月X日		
	発病又は負傷の原因	スキー中に転倒し、受傷			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	入院加療が必要のため					
	移送する前に申請することができなかつたときはその理由	※ 緊急を要し、事前に届出をする時間的余裕がなかつたため					

医 師 の 意 見	傷病名		診療開始年月日			
	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	経由	まで	病院	回
	上記の通り移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 (医師) 医療機関名 住所(所在地) 〒 氏名 電話 ( — — )					

※やむを得ず事前に提出できず、事後承認を受けるときはここにその理由を記入

(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