

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

被 保 険 者 移 送 承 認 申 請 書 ・ 移 送 届  
家 族

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

|                       |   |    |             |          |      |
|-----------------------|---|----|-------------|----------|------|
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見 | 傷病名   |    | 診療開始<br>年月日 | 平成 年 月 日 |      |
|                       | 移送を必要と<br>認めた理由<br>症状その他<br>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>平成 年 月 日</p> <p>(医師) 医療機関名<br/>住所(所在地) 〒<br/>氏名 Ⓜ<br/>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