

処理区分	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	
1: 承認				
2: 不承認				

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	被保険者等 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
	上記の通り移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 (医師) 医療機関名 住所(所在地) 〒 氏名 電話 (— —)					

(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