

健康保険 被保険者
被扶養者

移送承認申請書・移送届

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	(事業所名)
	氏名	(フリガナ)		(生年月日) ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 -) TEL ()		

申 請 内 容	対象者氏名・生年月日・続柄	(氏名)	(生年月日) ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	(続柄)
	発病または負傷の原因			
	発病または負傷した日	年 月 日	第三者行為によるものですか	☐ はい ☐ いいえ
	移送する前に申請できなかった ときはその理由			

(移送が必要と認めた)医師・ 歯科医師記入欄	傷病名	発症または負傷年月日 (療養開始日)		年 月 日
	移送を必要と 認めた理由	※症状など具体的に		
	移送方法	移送(予定)年月日	年 月 日	
	移送区間	から		
	移送回数	回	費用の見積書 ※移送後の場合は実費	円
	上記のとおり、移送の必要を認めます。 年 月 日			
	所在地	住所	〒	-
	医療機関名	医師名	氏名	電話 - -

健 保 使 用 欄	区 分	☐ 承認 ☐ 不承認	移送期日	年 月 日	常務理事	事務長	係
	移送区間	から まで 回					
	備 考					(資格取得日) 年 月 日	(資格喪失日) 年 月 日

《被保険者への注意》

- この申請書は、歩行困難な患者を他の場所へ移送するときに、健保組合の承認を受けるものです。
- 健保組合の承認を受けた後に、「移送費支給申請書」を提出してください。
- 急病のため、この書類を出す前に移送を行わなければならないときは、移送してからすぐに(1日から2日のうちに)この書類を提出しなければなりません。
- 移送に際しての見積書(移送後の場合は領収書)原本を添付してください。

受付日付印