


資 格			常 務 理 事	事 務 長	会 計	担 当 者
取 得	年	月	日			
喪 失	年	月	日			

健康保険 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 と こ	① 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号			② 事 業 所 の 名 称			
	③ 被 保 険 者 (申 請 者) の 氏 名	(フリガナ)		④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
	⑤ 被 保 険 者 (申 請 者) の 住 所	〒					
	電 話 番 号	() -					
	⑥ 被 扶 養 者 ※被扶養者が移送を受けた場合のみ記入	氏 名		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄
	⑦ 傷 病 名			⑧ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和 年 月 日		
	⑨ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因 を 詳 し く					⑩ 第 三 者 の 行 為 に よ る も の で す か <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい	
	⑪ 移 送 区 間	フリガナ	フリガナ	から	まで	⑫ 移 送 後	<input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 入 院 外
	⑬ 移 送 を 必 要 と す る 期 間	年 月 日 から		日 間		⑭ 移 送 回 数	回
	⑮ 移 送 を 必 要 と す る 理 由						
⑯ 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							

健 保 記 入 欄	移 送 を 必 要 と す る 期 間		
	年 月 日 から 年 月 日 まで 日 間		
	承認・不承認の別	承認 (不承認) 期間	不承認理由
	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	年 月 日 ~ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	年 月 日 ~ 年 月 日	

受 付 印	

技 官 の 意 見	
-----------	--

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

傷 病 名	
移 送 を 必 要 と す る 理 由 (症 状、その他 具 体 的 に 記 入 し て く だ さ い。)	
移 送 の 方 法 区 間 ・ 回 数	
上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> 住 所 医師の 氏 名 </div> <div style="text-align: right;"> 電話 () - </div> </div>	