

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	〇 〇 〇 〇 (株)				
	③ 被 保 険 者 (申 請 者) の 氏 名 と 印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健 保 太 郎		④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	× × 年 1 月 日			
	⑤ 被 保 険 者 (申 請 者) の 住 所	〒 XXX-XXXX 〇〇 都 道 府 県 〇〇市〇〇町〇〇×番地××							
	電 話 番 号	(XXX) XXX - XXXX							
	⑥ 被 扶 養 者 (※被扶養者が移送を受けた場合のみ記入)	氏 名	健 保 花 子		生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	× × 年 3 月 3 日	被 保 険 者 と の 続 柄	妻
	⑦ 傷 病 名	脳溢血			⑧ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和 × × 年 4 月 1 8 日			
	⑨ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因 を 詳 し く	激しい頭痛がした				⑩ 第 三 者 の 行 為 に よ る も の で す か <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい			
	⑪ 移 送 区 間	フリガナ 〇〇〇〇ピョウイン	フリガナ	ピョウイン		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 4 月 2 0 日 から		× × 年 4 月 2 0 日 まで		⑭ 移 送 回 数	1 回		
	⑮ 移 送 を 必 要 と す る 理 由	病院には、手術の設備が整っていないため							
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	緊急手術の必要があった								

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		技 官 の 認 印	
-----------	--	-----------	--

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。）	この欄は医師にご依頼ください
移送の方法 区間・回数	
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 医師の 氏名</p> <p>電話（ ） —</p>	