

健保組合 使用欄	常務理事	事務長		担当者	資格	取得	昭和・平成・令和	年	月	日
					喪失		平成・令和	年	月	日
	備考									

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請(移送届)書(第 回)

※書類経路：被保険者（請求者）↓医療機関（証明）↓健保組合

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の記号・番号	生 年 月 日	被 保 険 者 (フリガナ)	
	1 1 -	昭和・平成 年 月 日	被 保 険 者 (請求者) の氏名	
	被保険者(申請者)の住所	〒 - Tel () -		
	被扶養者が移送を受けたための申請であるときはその者の氏名	被扶養者名	生 年 月 日	被保険者との続柄
	傷 病 名	発病又は負傷年月日 (療養開始日)		昭和 年 月 日
	発病又は負傷の原因			第三者の行為によるものですか はい・いいえ
	移 送 区 間	(フリガナ)	(フリガナ)	移 送 後 移 送 回 数 入院 入院外 回
	移送を必要とする期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	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			
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 医師の住所 氏名 Tel () -				

※ この用紙は、移送を必要とした場合に健保組合へ提出し、移送に要した費用の払い戻しを受けるための承認を受ける用紙です。
 急性の傷病のため、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この書類を提出しなければなりません。

令和 年 月 日 提出

受付日付印