

健保組合	使用欄	常務理事	事務局長	担当者	添	取得	昭和	平成	令和	年	日
------	-----	------	------	-----	---	----	----	----	----	---	---

「記号・番号」はご自身のマイナポータルや「資格情報のお知らせ」に記載してありますのでご確認の上、ご記入ください。
 本人と被扶養者は同じ記号番号です。
 ご不明な場合は事業所にお問い合わせください。

記入例 健康保険 **家族** 移送承認申請(移送届)書(第**全**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 と こ ろ	記号・番号	1 1 0 1 - 1 2 3 4	生年	昭和	年	月	日	被保険者(請求者)の氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				
	被保険者(申請者)の	〒 123 - 4567 Tel (0566) 82 - 9851											
	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	健保 花子	生年月日	昭和	年	月	日	被保険者との続柄	妻				
	傷病名	左大腿骨骨折		発病又は負傷年月日(療養開始日)	昭和	年	月	日	昭和平成				
	発病又は負傷の原因	ハイキング途中、足を滑らせて転落し、大腿部を負傷した						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) トヨタシサカガミチョウ 豊田市坂上町	から	(フリガナ) トヨタシヘイチョウ 豊田市平和町	まで	移送後	入院	入院外	移送回数				
	移送を必要とする期間	平成	令和	31年	4月	10日	から	平成	令和	31年	4月	10日まで	1日間
	移送を必要とする理由	骨折により歩行困難なため											
	移送する前に申請することができなかつたときはその理由	予期せぬ傷病によるため											
	傷病名	左大腿骨骨折											
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)	ハイキング途中骨折し、歩行困難となったため												
移送の方法区間・回数	タクシーによる豊田市坂上町から豊田市平和町まで1回												
上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 1年 5月 10日 医師の住所 豊田市平和町〇〇 氏名 〇〇 〇〇 Tel (0565) - 〇〇 - 〇〇													

※ 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