

# 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 ろ	被保険者の記号・番号		生年月日				事業主受付年月日						
	記号(右詰)	番号(右詰)	年	月	日	年	月	日	年	月	日		
	被保険者の氏名と印		(フリガナ)				事業所の名称		所在地				
	被保険者の住所		(フリガナ)										
	被扶養者が移送を受けたための請求であるときはその者の		氏名	生年月日	年	日	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)		年 月 日				
	発病又は負傷の原因								第三者行為によるものですか				
	移送期間		(フリガナ)		(フリガナ)		移送後入院外		移送回数		不承認期間		
			から		まで		0:入院外 1:入院		回		0:無 1:有		
	移送を必要とする期間		承認不承認の別		承認(不承認)期間						不承認理由		
年 月 日から		1:承認 2:不承認		(自) 年 月 日		(至) 年 月 日							
年 月 日まで 日間		1:承認 2:不承認		(自) 年 月 日		(至) 年 月 日							
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													

注)二枚目の意見書は医師に記入していただきます

健保使用欄(下記には記入しないでください)

健保受付日付印

資格取得日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日
移送承認年月日	年	月	日
処理区分	承認	不承認	

常務理事	事務長	担当

## 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

傷 病 名			
移送年月日	年	月	日
移送を必要とする理由 〔 症状、その他具体的に記入して下さい。 〕			
付添を必要と認めた理由			
移送の経路及び方法			
入院した病院又は診療所名称			
入院した期間	年	月	日から
	年	月	日から
上記のとおり移送の必要を認めます。			
年 月 日 住 所 医師の 氏名 <span style="float: right;">㊞</span> 電 話 ( 局 ) 番			