

健康保険 被保険者家族 移送承認申請書・移送届

記号・番号は保険証で確認してください。
 記号：社員・アルバイト等・・・10
 ユニオン専従職員・・・50
 任意継続被保険者・・・9999

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(右語)	番号(右語)	昭和	年	月	日	年	月	日	
	1 0	〇〇〇〇		〇〇	〇〇	〇〇				
	被保険者の氏名と印		(フリガナ) ケンボ タロウ		事業所 名称	必ず捺印して ください				
	健保 太郎				所在地	〒113-8501 東京都文京区小石川4-6-10				
	被保険者の住所		郵便番号		(フリガナ)			電話番号		
	〇〇〇-〇〇〇〇		東京都文京区▲▲1-2-34					〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
	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	被保険者との続柄
	傷病名		<例> 脳出血			発病又は負傷年月日 (療養開始日)		年 月 日		} 傷病名、発病原因などはなるべく詳しく記入してください
	発病又は負傷の原因		<例> 自宅で倒れて意識を失った					年 月 日		
移送期間		(フリガナ) ホシホシチョウ	(フリガナ) サンカクサンカクマチ	移送後入院外	移送回数	不承認期間		} 傷病名、発病原因などはなるべく詳しく記入してください		
★★町		▲▲町		0:入院外 1:入院	1	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			
〇〇年 〇〇月 〇〇日か 年 月 日まで 1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		<例> 最初に行った病院では設備が不十分なため、大きい病院へ行った								
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		<例> 負傷後、まわりにいた通行人にタクシーを止めてもらい、病院まで利用したため余裕がなかった。								

注) 二枚目の意見書は医師に記入していただいでください

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	平成	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	平成	年	月 日から 平成 年 月 日から 日間
上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 住所 医師の 氏名 ㊞ 電話 (局) 番			