

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 等 号 被 保 険 者 番 号			② 事 業 所 の 称 名 称			
	③ 被 保 険 者 の (申 請 者) 氏 名	(フリガナ)		④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
	⑤ 被 保 険 者 の (申 請 者) の 住 所	〒		都 道 府 県			
	電 話 番 号	() -					
	⑥ 被 扶 養 者 ※被扶養者が移送を受けた場合のみ記入	氏 名		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄
	⑦ 傷 病 名			⑧ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令 和	年 月 日	
	⑨ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因 を 詳 し く			⑩ 第 三 者 の 行 為 に よ る も の で す か <input type="checkbox"/> い い え ・ <input type="checkbox"/> は い			
	⑪ 移 送 区 間	フリガナ	フリガナ	から	まで	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 月 日 から	年 月 日 まで	日 間	⑭ 移 送 回 数	回	
	⑮ 移 送 を 必 要 と す る 理 由						
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							

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	
--------------	--

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。 〕	
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 電話 () -	