

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 記号・番号	×××・×××	② 事業所の 名称	〇〇〇〇(株)
	③ 被保険者の (申請者) 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保太郎	④ 被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ××年 1月 日 <input type="checkbox"/> 平成
	⑤ 被保険者の (申請者)の 住所	〒 XXX-XXXX 〇〇	〇〇市〇〇町〇〇×番地××	
	電話番号	(XXX) XXX-XXXX		
	⑥ 被扶養者 ※被扶養者が移送を 受けた場合のみ記入	氏名 健保花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ××年 3月 3日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との 続柄 妻
	⑦ 傷病名	脳溢血	⑧ 発病又は 負傷年月日	令和 ××年 4月 18日
	⑨ 発病又は負傷の 原因を詳しく	激しい頭痛がした	⑩ 第三者の行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい
	⑪ 移送区間	フリガナ 〇〇〇〇ピョウイン 〇〇病院 から	フリガナ ピョウイン 病院 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 4月 20日から ××年 4月 20日まで	1日間	⑭ 移送回数 1回
	⑮ 移送を必要とする理由	病院には、手術の設備が整っていないため		
⑯ 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	緊急手術の必要があった			

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		技官の 認印	
-----------	--	-----------	--

## 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。)	この欄は医師にご依頼ください
移送の方法 区間・回数	
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 医師の 氏名</p> <p>電話 ( ) -</p>	