

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届
 家族

年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証	記号	② 被保険者 の (申請者) 氏 名	(フリガナ)	③ 生年月日			年 月 日	④ 被保険者住所	〒	(電話番号) ()
		番号									
	⑤ 事業所	名称									
	<small>(任意継続・特例退職の方は記入不要です)</small>	所在地	〒								
	⑥ 移送が被扶養者に関するときは、その方の	氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日	続柄					
	⑦ 発病又は負傷の原因及びその経過	(いつ・どこで・何をしているときに)						⑧ 第三者行為によるものですか 「はい」の場合は、「第三者行為による災害届」を提出してください。	はい・いいえ		
	⑨ 付添人がいるときはその詳細	氏名				住所	〒				
	⑩ 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										

医 師 ・ 歯 科 医 師 記 入 欄	ア 傷病名										
	イ 移送年月日	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間									
	ウ 移送の方法と費用の見積額	(移送の方法)	(費用の見積額)※移送後の場合は実費								円
	エ 移送区間とその回数	(フリガナ)	(フリガナ)						から	まで	回
	オ 移送を必要と認めた理由										
	カ 付添の有無	有 ・ 無	キ 付添を必要と認めた理由								
	上記のとおり移送の必要を認めます。 年 月 日 医療施設所在地 医療施設名称 医師名 電話番号										

備 考 欄	
-------	--

注意事項

- ・ ⑥の欄は、移送が被扶養者に関するときは、その方の氏名、生年月日及び続柄を記入してください。
- ・ 傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作成し当書類に添付してください。
- ・ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
 (事業所を経由せずにマイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類の添付が必要です)