

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届

(注意事項)

アこの申請(届)書は、歩行困難な患者を他の場所に移送するとき、健康保険組合へ提出し、移送のためにかかる費用を払戻してもらうため承認を受けるものです。かかった費用をイ標題の「被保険者」および「家族」の文字は、いずれか該当する方の文字をマルで囲んで下さい。ウ標題の「被保険者」の文字をマルで囲んで下さい。エこの申請(届)書は、歩行困難な患者を他の場所に移送するとき、健康保険組合へ提出し、移送のためにかかる費用を払戻してもらうため承認を受けるものです。かかった費用をオ傷病が第三者行為によるものとき、別紙「第三者行為による傷病届」を作成し、この書類に添付して下さい。カ証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。キ※印の欄は、記入しないで下さい。

エ字句を訂正する場合は、誤った字句をまっ消して③欄の認印を押す、その上に正しい字句を記入して下さい。オ傷病が第三者行為によるものとき、別紙「第三者行為による傷病届」を作成し、この書類に添付して下さい。カ証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。キ※印の欄は、記入しないで下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	被保険者証の 記号・番号	記号 ----- 番号	②	被保険者 の氏名	③	(印)	
	④	被保険者の 現住所	〒 ー					
	⑤	勤務(配属)先 事業所の名称						
	⑥	傷病名	⑦	発病または 負傷年月日	平成・令和	年	月	日
	⑧	発病または 負傷の原因	(移送(予定)年月日 令和 年 月 日)					
	⑨	移送を 必要と する	理由					
		区 間 回 数	(ア) 区 間	から	経由	まで	(イ) 回 数	回
	⑩	移送をする前 に提出できな かったときは その理由						
	⑪	被扶養者が移 送を受けたとき はその方の	(ア) 氏 名	(イ) 生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日
					(ウ) 被 保 険 者 と の 続 柄			

医 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑫	傷病名	⑬	保険で療養を 開始した日	平成	年	月	日
	⑭	必要と認めた 移送の区間回数	(ア) 区 間	から	経由	まで	(イ) 回 数	回
	⑮	移送を必要と 認めた理由 { 症状などを 入れて詳しく }						
	うえの理由で移送の必要を認めます。				受付日付印			
		令和 年 月 日						
	保険医 {	⑯ 住 所						
		⑰ 氏 名	(印)					