

健康保険 被保険者 移送費承認申請書・移送届

技 官 の 見	技 官 の 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 して下さい。]	
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 住所 〒 - 医師の 氏名 : 電話 内線 ()	

(医師への注意事項)

数字または、文字を訂正する場合は、誤った数字または文字を二重線で抹消し、その部分へ訂正印を同じ印鑑で押してからその上に正しい数字または、文字を記入して下さい。

社会保険委員 の点検済印	被保険者等の記号・番号		生年月日		届出年月日	
	記号	番号	昭和 平成 令和	年	月	日
(被保険者への 注意事項)	被保険者(申請者)の 氏名		事業 所 所在地		被保険者 との続柄	
	被保険者(申請者)の 住所		日中の連絡先 電話 ()		被保険者 との続柄	
	被扶養者が たまたま	移送を 求める 者	※氏名	生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日
	傷病名	発症又は 負傷の原因		発症又は 負傷年月日 (療養開始日)	年	月
	第三者行為による ものですか		0:いいえ 1:はい			
移送区間	(7桁)	(7桁)	移送後/入院外	移送回数	不承認区間	
	から	まで	0:入院外 1:入院	回	0:無 1:有	
移送を必要とする期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		日間	
移送を必要とする理由						
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						
社会保険労 務士の提出 代行者印			東京金属事業健康保険組合		受付日付印	

ア、この申請書(届)書は歩行困難な患者を他の場所へ移送するとき、健康保険組合へ提出し、移送にかかった費用を
 払戻してもらうために承認を受けるものです。
 急性の傷病のため、この書類を出す前に移送を行わなければならないときは、移送してからすぐに(1日か2日のうちに)この
 書類を提出しなければなりません。
 イ、標題の「被保険者」および「被扶養者」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だときは、※欄に「該当せず」と記入して下さい。
 エ、字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消し、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であるときは、別に「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表記されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。