

移送費 承認伺	受付年月日	平成 年 月 日
	決 済 日	平成 年 月 日
	区 分	承認・不承認

常務理事	事務局長	主任	係

被保険者・被扶養者 移送承認申請書・移送届

請求者記入欄	①被保険者証の記号・番号		・		②請求者の氏名と印			印
	③請求者の現住所							
	④所属事業所の名称							
	⑤傷 病 名				⑥発病又は 負傷年月日		平成 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
	⑦発病又は負傷の 原因				(移送予定年月日 平成 年 月 日)			
	⑧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
	⑨移送をする前に提出 できなかった理由							
⑩被扶養者が移送を受け たときはその者の		(ア) 氏名		(イ) 生年月日	M・T・S・H 年 月 日	(ウ) 被保険者との続柄		

医師記入欄	⑪傷 病 名				⑫保険診療開始日		平成 年 月 日		
	⑬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
	⑭移送を必要と 認めた理由 (症状など詳しく)								
	上記理由により移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 保険医 住所 氏名 印								

(備考) この申請は、歩行困難な患者を他の場所へ移送(入院や転院・緊急等やむを得ない場合)するときにかかった費用について、健保組合の承認を得て払い戻しを受けるためのものです。

●記入上の注意

1. 標題の(被保険者・被扶養者)のいずれか一方の文字を○印で囲んで下さい。
2. 訂正の個所には記入者の訂正印を押印して下さい
3. 負傷原因が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者による傷病届」を添付して下さい
4. 医師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。