

健保組合 使用欄	常務理事	事務長	担当者	資格取得	昭和・平成・令和	年	月	日
				喪失	平成・令和	年	月	日
	備考							

記入例 健康保険 被保険者 **家族** 移送承認申請(移送届)書(第**全**回)

※書類経路：被保険者(請求者)↓医療機関(証明)↓健保組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	1 1 0 1 - 1 2 3 4	生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	被保険者 (請求者) の氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	
	被保険者 (申請者) の	〒 123 - 4567	Tel (0566) 82 - 9851	〇〇県〇〇市〇〇町						
	被扶養者が移送を受けたための申請であるときはその者の	被扶養者名	健保 花子	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄	妻
	傷 病 名	左大腿骨骨折			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	昭和 平成 令和	年	月	日	
	発病又は負傷の原因	ハイキング途中、足を滑らせて転落し、大腿部を負傷した						第三者の行為によるものですか はい・いいえ		
	移 送 区 間	(フリガナ) トヨタシカガミチョウ	(フリガナ) トヨタシヘイワチョウ	豊田市坂上町		豊田市平和町		移 送 後	移 送 回 数	
	移送を必要とする期間	平成・令和 31 年 4 月 10 日から		平成・令和 31 年 4 月 10 日まで		1 日間		入院 入院外	1 回	
	移送を必要とする理由	骨折により歩行困難なため								
	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	予期せぬ傷病によるため								
	傷 病 名	左大腿骨骨折								
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)	ハイキング途中骨折し、歩行困難となったため									
移 送 の 方 法 区 間 ・ 回 数	タクシーによる豊田市坂上町から豊田市平和町まで1回									
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>令和 1 年 5 月 10 日</p> <p>医師の住所 豊田市平和町〇〇</p> <p>氏名 〇〇 〇〇</p> <p>Tel (0565) - 〇〇 - 〇〇</p>										

※ この用紙は、移送を必要とした場合に健保組合へ提出し、移送に要した費用の払い戻しを受けるための承認を受ける用紙です。
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この書類を提出しなければなりません。

令和 年 月 日 提出

受付日付印