

常務理事	事務長	課長	係長	担当

処理区分	1:承認
	2:不承認

## 健康保険被保険者家族 移送承認申請(移送届)書(第 回)

(被保険者への注意事項)

ア. この用紙は、移送を必要とした場合に入居の健康保険組合へ提出し、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。  
 イ. 急性の傷病のため、この書類を出す前に、移送を行なわなければならないときは、移送して下さい。  
 ウ. 表題の「被保険者」及び「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。  
 エ. ①の欄は、「平成〇〇年〇月〇日午前〇時」にて(バス停で)、なにを(バスを)、どうしているうち(待っているうち)、なにが(乗用車が)、  
 オ. どういうふうになつて(バス停に突っ込んで)、どこを(下半身を)、どうした(強打した)、というように、くわしく記入して下さい。  
 カ. 表題の被保険者の文字をマルで囲んだときは、⑦の欄に「該当せず」と記入して下さい。  
 キ. 傷病が第三者の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」を添付して下さい。  
 ク. 傷病が第二者に申請することのできなかつたときは、⑩の欄にその理由を記入して下さい。  
 コ. 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。  
 ケ. ※印の欄は、記入しないで下さい。

被保険者証の記号・番号		③ 生年月日		⑦ 名称				
①	②	1:明 5:昭 3:大 7:平	年	月	日	⑧ 所在地		
④ 被保険者の(申請者)氏名と印		(フリガナ)						
⑥ 被保険者の(申請者)住所		⑤ 郵便番号		⑥ 住所(コード)				
		※						
被扶養者が移送を受けたための請求であるときはその者の		⑦ 氏名		⑧ 生年月日		⑨ 被保険者との続柄		
				明治 大正 昭和 平成		年 月 日生		
傷病名		⑦ 傷病コード		※		⑨ 発病又は負傷年月日(療養開始日)		
		⑧ カナ		※		年 月 日		
⑩ 発病又は負傷の原因		⑩ 第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい						
⑪ 移送区間		(フリガナ)		(フリガナ)		⑫ 移入院後 移入院外		
		から		まで		⑬ 移送回数 ⑭ 不承認区間		
						0:入院 1:入院外		
⑮ 移送を必要とする期間		承認/不承認の別		承認(不承認)期間				不承認理由
		⑯ ※		(自) 年 月 日 (至) 年 月 日		⑰ ※		
		1:承認 2:不承認		⑱ ※		⑲ ※		
		年 月 日から 年 月 日まで 日間		(自) 年 月 日 (至) 年 月 日		⑳ ※		
⑳ 移送を必要とする理由								
㉑ 移送する前に申請することができなかつたときはその理由								

受付年月日

年 月 日提出

## 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

㉔ 傷 病 名	
㉕ 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	
㉖ 移送の方法 区間・回数	
㉗ 上記のとおり移送の必要を認めます。  <div style="text-align: center;">                     平成      年      月      日                        住 所                      医 師 の                      氏 名                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span> </div>	

(医師への注意事項)

クケ. この書類は、移送を必要とした場合に保険者へ提出することになっておりますので、至急を作成し、「速やかに提出するよう」に指示して下さい。  
 数字又は文字を訂正する場合は、誤った数字又は文字を抹消したうえ、その部分の㉔欄に押した印とおなじ印を押してから、その上に正しい数字を記入して下さい。