

常務理事	事務長	担当	担当

## 健康保険 移送承認申請書・移送届

被保険者が記入する欄	被保険者等の記号番号	記号 番号	事業所名	電話		
	被保険者氏名	フリガナ	被保険者の生年月日		昭和・平成 年 月 日	
	被保険者住所	〒			電話	
	被扶養者が移送を受けるときはその方の氏名	フリガナ	被扶養者の生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日	
	傷病名					
	発病又は傷病の原因					
	発病又は負傷年月日	令和 年 月 日				
	第三者行為によるものですか	いいえ・はい ※「はい」の場合、別紙「第三者行為による傷病事故届」を提出してください。				
	移送区間	から			移送回数	回
	移送後	入院・入院外		移送先	病院	
	移送を必要とする期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間				
	移送を必要とする理由					
移送前に申請することができなかったときはその理由						

移送を必要とする医師の意見書	傷病名					
	移送を必要とする理由 (症状、その他具体的に)					
	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	受付日付印	
医療機関所在地						
医療機関名称						
医師の氏名						
電話			( )			