※	承認(不承認)番号	承認回数
		回

常務理事	事務長	部 長	課 長	係 長	係

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

取得年月日	S・H・R . .
喪失年月日	H・R . .
家族の認定年月日	S・H・R . .

被保険者が記入するところ

①被保険者の記号・番号	2 0 3 1 1	②生年月日	昭和 平成 27年08月15日
③被保険者(申請者)の氏名・印	フリガナ ヒロシマ クラオ 広 島 庫 夫 ㊞	事業所の名称	(株)ミュンヘン
④被保険者(申請者)の住所	〒198−0014 フリガナ トウキョウト オウメ 東 京 都道府県 青 梅 市区町村 ○○6−4−8	電話	428 (56) 3201
⑤被扶養者が移送を受けたときは、その者の	氏名 該当せず	⑥生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
⑦被保険者との続柄	例)「長男」など		
⑧傷病コード	カナ	⑨傷病名	脳内出血
⑩発病又は療養開始日	令和 01年05月03日		
⑪発病または負傷の原因およびその経過	不 詳	⑫第三者によるものですか	0:いいえ 1:いいえ
⑬移送区間	(フリガナ) オウメシ マルマル 青梅市○○ から	(フリガナ) チヨダク マルマル 千代田区○○ まで	
⑭移送後	0: 入 院 1: 入院外	⑮移送回数	1 回
⑯不承認区間	0: 無 1: 有		
⑰移送を必要とする期間	令和 1 年 5 月 9 日から 令和 1 年 5 月 9 日まで 1 日間	※承認不承認の別	1: 承 認 2: 不 承 認
※承認(不承認)期間	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日		
	1: 承 認 2: 不 承 認 (自) 年 月 日 (至) 年 月 日		
⑱移送を必要とする理由	上記疾患に対して、高度先進医療を受けるため。		
⑲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	急に転院することが決まったため。		

注) ※印の欄は、記入しないでください。

令和 1 年 5 月 11 日提出
受付年月日

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

○この申請(届)書は、歩行困難な患者を他の場所に移送するとき、健康保険組合へ提出し、移送にかかった費用の払い戻しをうけるため承認をうけるものです。
急性の傷病のため、この書類を提出する前に、移送をおこなわなければならないときは、移送してからすぐに(一日か二日のうちに)この書類を提出しなければなりません。

技官の意見		技官の認印	

移送を必要とする医師また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ください。)	
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。

年 月 日

住 所

医師の

氏 名 ㊞

電話 ( )

(医師への注事項)
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抹消し、その部分へ氏名印と同じ印を押してからその上に正しい数字または、文字を記入してください。