

2006.1	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

技官の意見		技官の認印
-------	--	-------

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書 **移送届**

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

○ 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。

① 被保険者の記号・番号		② 生年月日		取得年月日 S・H	
2	0	3	1	1	1: 昭和 2: 平成
③ 被保険者(申請者)の氏名・印		フリガナ ヒロシマ クラオ		事業所の名称 (株)ミュンヘン	
④ 被保険者(申請者)の住所		フリガナ トウキョウト オウメ		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		⑥ 生年月日		⑦ 被保険者との続柄	
該当せず		1大正 2昭和 3平成		例)「長男」など	
⑧ 傷病コード		⑨ 傷病名		⑩ 発病又は療養開始日	
カナ		脳内出血		平成 年 月 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	
⑬ 移送区間		⑭ 移送後		⑮ 移送回数	
オウメシ マルマル 青梅市 から チヨダク マルマル 千代田区 まで		0: 入院 1: 入院外		1 回	
⑯ 移送を必要とする期間		※ 承認(不承認)の別		※ 承認(不承認)期間	
平成 年 11 月 9 日から 平成 年 11 月 9 日まで 1 日間		1: 承認 2: 不承認		(自) 平成 年 月 日 (至) 平成 年 月 日	
⑰ 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。			
⑱ 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。			

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。	
平成 年 月 日	
住所	
医師の氏名	
電話 ()	

(医師への注意事項)
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。

注) ※印の欄は、記入しないでください。

平成 年 11 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)