

常務理事	事務長	担当	係

## 健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。

被保険者が記入するところ	① 被保険者等の記号番号		② 被保険者(申請者)の氏名		③ 被保険者の生年月日			
	記号	番号				年	月	日
	④ 被保険者(申請者)の住所		〒 — TEL — ※日中連絡の取れる電話番号を記入してください。					
	家族が移送を受けたときはその者		⑤ 該当者氏名		⑥ 続柄	⑦ 該当家族の生年月日		
						年	月	日
	⑧ 事業所の	所在地						
		名称						
	⑨ 傷病名							
	⑩ 発病または負傷の原因を詳しく							
	⑪ 負傷原因が第三者により生じたものですか		いいえ ・ はい					
⑫ 移送を必要とする	理由							
	区間回数	から				まで	回	
⑬ 移送をする前に提出できなかったときはその理由								

医師が記入するところ	⑭ 傷病名						
	⑮ 必要と認め た移送の	方法					
		区間回数	から				まで
	⑯ 移送を必要と認め た理由  ※症状、その他具体的に 記入してください。						
うえの理由で移送の必要を認めます。 令和 年 月 日  住所(所在地)  医師の 保険医療機関名 氏 名  ※医療機関名等ゴム印を押印ください。		受取日付印					