

記入例

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				
	1234	12345678	山口 太郎		昭和 50 年 6 月 1 日	
	④ 被保険者(申請者)		TEL		—	
	ご自身の現住所と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		※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		山口 一郎		平成 13 年 9 月 1 日	
	⑧ 事業所の名称		長男			
	⑨ 傷病名		勤務先の会社名等を記入してください。			
	⑩ 発病または負傷の原因を詳しく		不明			
	⑪ 外傷性の傷病の場合、負傷原因を詳細に記載して下さい。		いいえ		はい	
⑫ 移送を必要とする理由		*** 病院では、*** に対する治療設備が不十分であり、治療設備が整った受け入れ可能な *** 病院に転院が必要となったが、移動困難な状態の為、移送が必要となった。				
区間回数		*** 病院 から *** 病院 まで 1 回				
⑬ 移送をする前に提出できなかったときはその理由		緊急で移送が必要な状態であった為、移送実施後の提出になったもの。				

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	回	
	⑯ 移送を必要と認めた理由		移送を必要と認めた医師に証明を受けてください。			
	令和 年 月 日		受取日付印			
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。						