

健保 使用 欄	承認 ・ 不承認		常務理事	課長	課長代理	主任	担当
	区分	被保険者・被扶養者					
	移送回数	回					
	承認期間	年 月 日 ~		年 月 日			
	移送方法			備考			
	不承認理由						

被保険者
家 族 移送承認申請書 ・ 移送届

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号	1	番号	1 2 3 4 5	被保険者氏名	健 保 太 郎		
	事業所名 所属	株式会社 I H I (所属) 総務部 総務課				生年 月日	(和暦) × × 〇〇 年 8 月 8 日		
	被保険者 居所住所	〒 9 8 7 - 6 5 4 3				TEL	0 3 - 9 8 7 6 - 5 4 3 2		
	発病または 負傷の原因	第三者行為により受傷した場合は、「第三者による傷病届」を添付してください。 ラグビーの試合中にタックルを受けたとき。							
	被扶養者が 受診した場合	氏名	健 保 三 郎		生年 月日	(和暦) × × 〇〇 年 4 月 4 日	続柄	三男	
	事前に申請が できなかった時 はその理由	緊急搬送だったため							
	備考欄	被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) ※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。							

医 師 証 明 欄	傷病名	内臓破裂		初診 年月日	(和暦) × × 〇〇 年 5 月 1 0 日			
	緊急に移送を 必要とした 理由	救急車にて当院に搬送されたが、患者の状態から当院の医療設備では 適切な処置ができなため、国立豊洲付属病院へ移送した。						
	移送の方法 区間・回数 (具体的に)	片道 1 回、東京都墨田区から東京都江東区へ移送した。						
	うえのとおり移送の必要を認めます。 (和暦) × × 〇〇 年 5 月 2 5 日 住所(所在地) 東京都墨田区錦糸町 1 - 1 医療機関名称 東京都立〇〇〇病院 医師名 〇〇 〇〇〇 TEL 0 3 - 1 2 3 4 - 1 6 7 8							

【注意事項】

受付日付印

◎この申請書は、事前に健保組合に承認を受けるために提出するものです。