

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

被 保 険 者 情 報	被保険者等	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称			提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)			

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申 請 内 容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ				
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()	
	傷病名			発病又は負傷年月日	平・令	年	月	日	
	発病又は負傷の原因	※打撲、骨折、捻挫等の外傷性の場合は、負傷となった原因を詳しくご記入ください。							
	移送を必要とする理由								
	移送区間及び回数			から			まで	()	回
	移送前に提出できなかったときはその理由								

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

医 師 ・ 歯 科 医 師 記 入 欄	患者氏名							
	傷病名							
	移送を必要と認めた理由							
	移送方法							
	移送区間及び回数			から			まで	()
上記のとおり移送の必要を認めます。					令和	年	月	日
所在地								
医療機関等名称								
医師・歯科医師の氏名				印	電話番号	()		

【注意事項】

移送費の支給を受けるには、事前に健保組合の承認が必要です。

この「移送承認申請書・移送届」をご提出いただき、当組合より承認(※)を受けてから移送を実施していただくこととなりますのでご注意ください。

ただし、やむを得ない事情により承認を受ける前に移送を実施した場合は、「移送承認申請書・移送届」と併せて「移送費支給申請書」をご提出ください。

※ 移送を承認した場合、「移送承認通知書」を被保険者(申請者)のご自宅に郵送いたします。