

緊急以外は事前に申請して下さい

いずれかを○で囲む

届書コード	区分	届書	処理区分 1: 承認 2: 不承認
3:04	12		

健康保険被保険者家族 移送承認申請書・移送届

本人が自署した場合は不要です

社会保険委員 の点検済印	被保険者証の記号・番号		④ 生年月日		⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 受付年月日
	①	②	③	1: 明 3: 大 6: 昭	年	月	日
	*	101	99999	2	11	11	14
(被保険者への 注意事項)	被保険者の (申請者) 氏名と印		⑦ 名称		⑧ 住所		
	東武太郎		株式会社 東武百貨店		東京都豊島区西池袋1-1-25		
被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者の (申請者) 住所		⑨ 郵便番号		⑩ 住所(コード)		
	東京都港区青山〇-〇-〇 ハートイン青山101		105-0000				
被 保 険 者 の 記 入 す る こ ろ	被扶養者が移送を受けた ための請求であるとき はその物の		⑪ 氏名		⑫ 生年月日		⑬ 被保険者 との続柄
	東武一郎		明治 大正 昭和 平成		XX年 5月 20日生		子
被 保 険 者 の 記 入 す る こ ろ	⑭ 傷病コード		傷病名		⑮ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)		
	△△△△△		△△△△△		X X 0 9 0 5		
被 保 険 者 の 記 入 す る こ ろ	⑯ 発病又は 負傷の原因		⑰ 第三者行為による ものですか		⑱ 第三者行為による ものですか		
	不明		0: いいえ 1: はい		0: いいえ 1: はい		
被 保 険 者 の 記 入 す る こ ろ	⑲ 移送区間		⑳ 移送後入院外		㉑ 移送回数		㉒ 不承認区
	宇都宮 から 東京 まで		0 入院		1 回		0: 無 1: 有
被 保 険 者 の 記 入 す る こ ろ	㉓ 移送を必要とする期間		承認(不承認)期間		承認理由		
	平成 9年 9月 15日から 平成 9年 9月 15日まで 1日間		承認(不承認)期間		承認理由		
被 保 険 者 の 記 入 す る こ ろ	㉔ 移送を必要とする理由		㉕ 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				
	現在入院中の病院では、手術が困難なため、 大学病院に転院						
被 保 険 者 の 記 入 す る こ ろ	㉖ 承認(不承認)番号		㉗ 承認回数		㉘ 調査先コード		㉙ 海外表示
			回				1: 国内 2: 海外
社会保険委員 の点検済印		平成 年 月 日		送 信		受 付 年 月 日	

ア、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、管轄の社会保険事務所へ提出し、移送のためにかかった費用を
 払戻してもらおうため承認を受けるものです。
 この書類を提出しなればなりません。
 急性的な傷病のため、この書類を出す前に、移送を行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)
 標題の「被保険者」の文字は、いずれか該当する方の文字をマルで囲んで下さい。
 標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、(「該当せず」と記入して下さい。
 字句を訂正する場合は、誤った字句をまるで消して、その上に正しい字句を記入して下さい。
 傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作ってこの書類に添付して下さい。
 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
 ※印の欄は、記入しないで下さい。

社会保険 労務士の 提出 代 行 者	①
-----------------------------	---

医師の証明をもらってください

技官の 意見		技官の 認印	
-----------	--	-----------	--

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

㊦ 傷病名	△△△△△
㊧ 移送を必要とする理由 〔症状、その他〕 具体的に記入 して下さい。	病状は別添診断書の通りであるが、 当病院では手術が困難であり、 大学病院において手術する必要が 生じた。
㊨ 移送の方法 区間・回数	当病院担当医が付き添い、 病院車両にて、宇都宮～東京迄往路1回。
㊩ 上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 住所 栃木県宇都宮市宮園町〇-〇 医師の 宮園病院 氏名 宮園次郎 電話 028 (XXX 局) XXXX 番	

(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まっ消し、その部分(㊦欄に押した印と同じ印を押してからその上に正しい数字または、文字を記入して下さい。