

健康保険被保険者家族 移送承認申請書・移送届

いずれかを○で囲む

届書コード	処理区分	届書	1: 承認
3:0:4	1:2		2: 不承認

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

(被保険者への
注意事項)

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」および「家族」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、(フリガナ)「ウツノミヤ」を記入して下さい。
 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。

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: 聴	年	月	日	*	*	送信	*	年	月	日	
*	101	99999	2	11	11	14								
⑧ 被保険者の(申請者)氏名と印			⑦ 事業所の名称			⑧ 所在地								
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								
⑨ 被保険者の(申請者)住所			⑩ 郵便番号											
東京都港区青山〇-〇-〇 ハートイン青山101			105-0000											
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					
⑭ 傷病コード			傷病名			⑮ 発病又は負傷年月日(療養開始日)			⑯ 第三者行為によるものですか					
* * *			△△△△△			X X 〇 9 〇 5			0: いいえ 1: はい					
⑰ 移送期間			⑱ 承認(不承認)の別			承認(不承認)期間			承認理由					
宇都宮 から 東京 まで			1: 承認 2: 不承認			⑲ ※ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日			⑳ ※					
平成 9年 9月 15日から 平成 9年 9月 15日まで 1日間			⑲ ※ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日			㉑ ※			㉒ ※					
⑳ 移送を必要とする理由			㉓ 移送を必要とする期間											
運ばれた医院では、手術困難なため、緊急手術のために移送			承認(不承認)番号											
㉔ 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			承認回数			調査先コード			海外表示			特別承認コード		
			回						1: 国内 2: 海外			送信		
									平成 年 月 日			受付年月日		

社会保険労務士の提出代印

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 病院において緊急手術する必要が生 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。