

保 險 給 付 決 定 伺 い					
支 給 総 額			担 当 者	事 務 長	常 務 理 事
支 給 内 訳	療 養 費				
	第 二 家 族 療 養 費				
	一 部 負 担 還 元 金		資 格 取 得	・	・
	家 族 療 養 付 加 金		資 格 喪 失	・	・
高 額 療 養 費					
合 算 高 額 療 養 付 加 金					

被 保 険 者
家 族
移 送 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	—		事 業 所 名 称	
傷 病 名		発 病 ま た は 負 傷 年 月 日	令 和 年 月 日	
発 病 ま た は 負 傷 の 原 因				
傷 病 の 経 過				
診 療 ま た は 手 当 の 内 容		入 院 ・ 通 院 の 区 分	入 院 ・ 通 院	
診 療 ま た は 手 当 の 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで	日 間	診 療 に 要 し た 費 用	円
医 療 機 関 名 と 住 所				
立 替 払 い の 理 由				
傷 病 が 第 三 者 行 為 に よ る と き は 事 実 な ら び に 第 三 者 の 住 所 ・ 氏 名				
被 扶 養 者 の 申 請 の 場 合 は 氏 名 ・ 生 年 月 日 ・ 続 柄	氏 名		生 年 月 日	続 柄
			年 月 日	

上 記 の と お り 申 請 し ま す。

令 和 年 月 日

住 所

被 保 険 者

氏 名

印

日 中 対 応 可 能 な
電 話 番 号

() —

健康 保 記 入 欄	伺年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	事業所担当者
	区分	承認・不承認				
	移送期日	平成 年 月 日				
	移送区間	から まで				
	移送回数	回				

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届 家 族

被 保 險 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の記号	番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者の氏名	フリガナ	事業所名				
	被保険者の住所	〒	都道府県	市区郡	電話		
	申請が被扶養者に関するときは、その方の氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄
	傷病名	発病または負傷年月日	平成	年	月	日	第三者行為によるものですか 1. いいえ 2. はい
	発病または負傷の原因	移送(予定)年月日	平成	年	月	日	
	移送を必要とする理由						
	移送区間	から	まで	移送後入院外	1. 入院 2. 入院外	移送回数	回
	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						

医 師 の 記 載 欄	傷病名	発病または負傷年月日(療養開始日)	平成	年	月	日
	移送を必要と認められた理由					
	症状など具体的に					
	移送の方法	移送区間	から	まで	移送回数	回
	上記の理由で移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 所在地 医療機関名 医師の氏名 電話					

<被保険者への注意事項>

- ・この申請書は、歩行困難な患者を他の場所へ移送するときに、健保組合の承認を受けるものです。
- ・健保組合の承認を受けた後に、「移送費支給申請書」を提出してください。
- ・急病のため、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(1日か2日のうちに)この書類を提出しなければなりません。

支給印

受付印