

常務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	係長	係

区分	承認・不承認	資格	取得	年	月	日	移送期間	自	年	月	日	備考
			喪失	年	月	日		至	年	月	日	
摘要	移送区		から			回						
			まで			回						
							技官意見					

## 健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届

(注) 記入にあたっては裏面の注意事項をよく読んでください。

被保険者が記入するところ	① 被保険者の証	記号	番号	② 被保険者の氏名と印	⑤			
				生年月日	昭・平 年 月 日			
	③ 被保険者の住所	〒 - 電話 ( )						
	④ 事業所の名称							
	⑤ 被扶養者が移送を受けるときはその者の	氏名		生年月日		続柄		
				昭・平・令 年 月 日				
	⑥ 傷病名				⑦ 発病または負傷年月日	令和 年 月 日 時 分頃		
	⑧ 発病または負傷の原因				⑨ 第三者行為によるものですか	1: はい 2: いいえ		
	⑩ 移送区間	区	(フリガナ)				回数	移送後入院・外
		間	から まで				回	入院外入院
	⑪ 移送に必要な期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間						
	⑫ 移送を必要とする理由							
	⑬ 移送をする前に申請できなかったときはその理由							

東京都家具健康保険組合 医師が証明するところ	⑭ 傷病名				⑮ 保険診療の開始年月日	令和 年 月 日
	⑮ 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。					
	⑯ 移送の方法 区間・回数					
	⑰ 上記のとおり移送の必要を認めます。	令和 年 月 日	令和 年 月 日提出 受付日付印			
	住所	医師の氏名			⑰	
		氏名			電話 ( )	

## 【記入上の注意】

1. この申請書(届)は、歩行困難な患者を他の場所に移送するとき、健康保険組合へ提出し、移送のためにかかった費用を払い戻してもらうため承認を受けるものです。
2. 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を○で囲んで下さい。
3. 標題の「被保険者」の文字を○で囲んだときは、⑤の欄に〔該当せず〕と記入して下さい。
4. 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して②欄の印と同じ印を押印し、その傍に正しい字句を記入して下さい。
5. 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。
6. 証明書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。