

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	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住 所	〒						
					電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称				提出委任	☐ 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✓)		

【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✓)	☐ 被保険者	☐ 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	昭和・平成・令和	年	月	日	続柄()	
	傷病名				発病又は負傷年月日	平成 令和	年	月	日
	発病又は負傷の原因								
	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	()	回)
	上記のとおり移送の必要を認めます。							
	所在地				令和	年	月	日
医療機関等名称				電話番号	()			
医師・歯科医師の氏名				電話番号	()			

受付日付印