

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	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 ー 都・道 府・県		電話番号 (日中の連絡先)	()

【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✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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・平・令 年 月 日	続柄()
	傷病名			発病又は負傷年月日	平・令 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。		令和 年 月 日		
所在地					
医療機関等名称					
医師・歯科医師の氏名		印	電話番号	()	

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

受付日付印