

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届
家 族

被保険者への
注意事項

個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
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、移送にかかった費用の払戻しを受けるため承認をうけるものです。
イ、表題の「被保険者」の文字を○で囲んだときは、○欄に該当せず。と記入してください。
ウ、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」を作成してこの書類に添付してください。
エ、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ください。 ※印の欄は記入しないでください。

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		昭 平 令	年	月	日					年	月	日	
⑧ 被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ)				⑨ 郵便番号		⑩ 住所コード		⑪ 傷病コード				⑫ カナ			
⑬ 事業所の名称				⑭ 事業所の所在地				⑮ 被保険者との続柄				⑯ 発症または負傷年月日(療養開始日)			
⑰ 氏名				⑱ 昭和 平成 令和				⑲ 年 月 日生				⑳ 傷病名			
⑳ 被扶養者が移送を受けた為の請求であるときはその方の				㉑ 発病または負傷の原因				㉒ 第三者行為によるものですか 0: いいえ 1: はい				㉓ 発症または負傷年月日(療養開始日)			
㉔ 傷病名				㉕ 移送後入院外				㉖ 移送回数				㉗ 不承認区間			
㉘ 移送期間				㉙ 承認(不承認)期間				㉚ 承認(不承認)理由				㉛ 承認(不承認)番号			
㉜ 承認(不承認)期間				㉝ 承認(不承認)期間				㉞ 承認(不承認)理由				㉟ 承認回数			
㊱ 承認(不承認)期間				㊲ 承認(不承認)期間				㊳ 承認(不承認)理由				㊴ 調査先コード			
㊵ 承認(不承認)期間				㊶ 承認(不承認)期間				㊷ 承認(不承認)理由				㊸ 海外表示			
㊹ 承認(不承認)期間				㊺ 承認(不承認)期間				㊻ 承認(不承認)理由				㊼ 特別承認コード			
㊽ 承認(不承認)期間				㊾ 承認(不承認)期間				㊿ 承認(不承認)理由				令和 年 月 日			
㋀ 承認(不承認)期間				㋁ 承認(不承認)期間				㋂ 承認(不承認)理由				令和 年 月 日			

社会保険労務士
記載欄

備考欄(注)

技官の意見	技官の記載
-------	-------

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

㉑ 傷病名	
㉒ 移送を必要とする理由	病状、その他 具体的に記入 してください。
㉓ 移送の方法 区間・回数	
㉔ 上記のとおり移送の必要性を認めます。	令和 年 月 日 住所 医師の 氏名 電話 ()

医師への注意事項

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、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。