

被保険者
家族

移送承認申請書

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険 記号-番号	1-123456	氏名	健保 太郎	
	被保険者住所	〒000-0000 ○○○市○○○町○○○ TEL(000)000-0000 (ポストNo. A000)			
	所属	○○○部○○○Gr○○○ TEL(000)000-0000 (内線 00000)			
	移送を受けた者の 氏名	健保 花子		続柄	子
	傷病名	○○○○○○○	発病又は負傷 年月日	平成 令和	00年 00月 00日
	発病又は負傷の 原因(具体的に)	(どこで) (どうした)・・・具体的に 第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)			
移送を必要とする 理由	○○○○○○○○○○○○○○○				
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 証 明 欄	患者氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生
	傷病名					
	移送を必要とした 理由					
	移送の方法及び 区間					
	令和 年 月 日	所在地 医療機関 名称 医師名				

【注意事項】

- 1.移送を要する場合は、必ず事前この申請書を提出し、承認を得てください。
- 2.やむを得ない理由で事前に提出することができず事後承認を得ようとする場合は、その理由を記入欄に記載してください。

移 送 承 認 決 定 欄	移送承認決定日	R 年 月 日	常務理事	事務長	係
	移送日	R 年 月 日			
	移送方法				
	移送区間				

受付印