

健康保険 被保険者 被扶養者 移送承認申請書・移送届

令和 年 月 日
申請日

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)			昭和 平成 令和		
	氏名・印	(フリガナ)				
	住所	(〒)				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL:					

【注意】家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報欄をご記入ください。

被保険者または負傷した方が記入するところ	受診者(どちらかを選択)	被保険者	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	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』の提出が必要となります。

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)
	所在地	上記のとおり移送の必要を認めます。	令和	年	月	日
医療機関名称						
医師氏名						
電話番号						

受付日付印