

記入例

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 0 3 0 4 2 0

被保険者情報	記号	1 0 0 1	番号	0 0 0 0	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4	1	0 1 0 1
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎					
	住所	(〒 105-0000) 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 〇〇マンション〇〇号室						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL: 03-1234-1234							

【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)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	家族の場合はその方の	氏名:	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄
	傷病名 ※	急性心筋梗塞	発病又は負傷年月日	令和	0 3 0 4 1 8	年 月 日
	発病又は負傷の原因	不明				
	移送を必要とする理由	緊急に手術をする必要があったが、搬送された病院では施術体制が整っていないため				
	移送区間及び回数	〇〇病院	から	△△大学付属病院	まで	(1 回)
	移送前に提出できなかったときはその理由	緊急で移送が必要な状態であったため、移送実施後の提出になりました。				

※ 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	上記の	回)
	所在地		日
医療機関名称			
医師氏名			
電話番号			

医師又は歯科医師の
記入欄です。

【押印欄について】
令和3年4月改訂版から
・被保険者
・療養担当医師・又は歯科医師
上記の押印が省略されました。

受付日付印

ニチアス健康保険組合

令和3年4月改訂版