

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

【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✓)	☐ 被保険者 ☐ 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。							
	所在地				令和	年	月	日
医療機関等名称								
医師・歯科医師の氏名				電話番号	()			

受付日付印