

極秘

健康保険 被保険者 家 族 移送承認申請(移送届)書

●被保険者(申請者)の方は太枠欄に記入してください。また記入上の注意事項をお読みください。

Main application form with sections for insured person details, transfer route, and medical information.

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、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。)

Medical professional confirmation form with fields for injury name, dates, and reasons for transfer.

※やむを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、移送費支給申請書に添えること。

社会保険労務士記載欄 (Social Insurance Labor Consultant Record Field)

《被保険者への記入上の注意事項》

- この用紙は、移送を必要とした場合に当組合に提出し、移送に要した費用の払い戻しを受けるための承認を受ける申請書です。
- 急性の傷病等で、この申請書を提出する前に移送を行わなければならないときは、移送してからすぐにこの申請書を提出してください。
- 傷病の原因が第三者の行為によるものである場合は、別に「第三者行為による傷病届」が必要になります。
- 傷病の原因が外傷等によるものである場合は、別に「負傷原因届」が必要になります。
- 移送を行う前に申請することができないときは、「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」欄に詳細に理由を記載してください。
- 数字又は文字を訂正する場合は、誤った数字又は文字を抹消したうえ、その部分に証明欄に押印した印と同じ印を押してから、その上に正しい数字又は文字を記入してください。

《医師又は歯科医師への記入上の注意事項》

- この申請書は、移送を必要とした場合に保険者へ提出するためのものです。作成後、速やかに提出するよう指示してください。
- 数字又は文字を訂正する場合は、誤った数字又は文字を抹消したうえ、その部分に証明欄に押印した印と同じ印を押してから、その上に正しい数字又は文字を記入してください。