


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。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号		被保険者(申請者)氏名・印		事業所の名称			
	2312 1000		健康太郎 		〇〇病院			
	被保険者の生年月日		被保険者(申請者)の住所・電話等					
	生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 00年 0月 0日生 <input type="checkbox"/> 平成	〒 231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇		TEL.(045) 000-0000			
	移送が被扶養者に関する時はその者の氏名		健康花子		生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 00年 0月 0日生 <input type="checkbox"/> 平成	被保険者 との続柄	妻
	傷 病 名	心筋梗塞	発病または 負傷の原因 及びその経過	発病又は負傷年月日(療養開始日)平成24年 1月 1日 胸部痛がひどいため〇〇診療所を受診		第三者 の行為 によるも のですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	移送の経路	〇〇診療所から××病院まで		移送の方法 (利用交通機関)	民間の患者輸送サービス車			
移送の期間	平成24年1月5日		移送に要した 費用	30,000 円				
付添人の氏名	山田一郎		付添人の住所	神奈川県〇〇市〇〇				
移送を必要とする理由	〇〇診療所にて手術設備がなく、緊急手術を要するため、××病院に移送した。							
欄	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 又 は 歯 科 医 師 の 意 見	傷病名	心筋梗塞	移送年月日	平成 24年 1月 5日		
	移送を必要と認めた理由	当方にて手術設備がなく、緊急手術を要するため、××病院に移送した。				
	付添を必要と認めた理由	医師による医学的管理が必要であるため。				
	入院した病院・診療所の名称	××病院 神奈川県〇〇市〇〇				
	入院した期間	平成 24年 1月 1日から平成 24年 1月 5日まで 5日間				
	移送の経路	国道〇号線から県道〇号線。目的地まで最短の経路を利用。	移送の方法・回数	民間の患者輸送サービス車・1回		
	の意見	上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 24年 〇月 〇日 住所 神奈川県〇〇市〇〇 医師又は歯科医師の 氏名 山田五郎 				

※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。