

届書コード	処理区分	届書	処理区分 1: 承認 2: 不承認
3 0 4	1 2		

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届

社会保険委員 の点検済	被保険者証の記号・番号				④ 生年月日				⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 受付年月日
	①	②	③	5: 昭 7: 平 9: 令	年	月	日	※	※	※	年 月 日
被 保 險 者 の 注 意 事 項	⑧ 被保険者の(申請者)氏名 (フリガナ)				事業所の ⑦ 名称				⑨ 住所 (電話番号)		
	被保険者の(申請者)住所				⑩ 住所(コード)				⑪ 傷病コード		
被保険者が移送を受けたときはその者の ⑫ 氏名				⑬ 生年月日 昭和 平成 年 月 日生				⑭ 被保険者との続柄			
⑮ カナ				⑯ 傷病名				⑰ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)			
⑱ 発病又は負傷の原因				⑲ 移送区間 (フリガナ) から				⑳ 移送回数			
⑳ 移送を必要とする期間				㉑ 承認(不承認)期間				㉒ 不承認理由			
㉓ 移送を必要とする理由				㉔ 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				㉕ 承認(不承認)番号			
㉖ 承認回数				㉗ 調査先コード				㉘ 海外表示			
㉙ 特別承認コード				令和 年 月 日				送信			

【被保険者への注意事項】

ア. この申請(届)書は、歩行困難な患者を他の場所に移送するとき、管轄の社会保険事務所へ提出し、移送のためにかかった費用を払戻してもらうため承認を受けるものです。急性の傷病のため、この書類を出す前に、移送を行わなければならないときは、移送してすぐ(一日か二日のうちに)この書類を提出しなければなりません。

イ. 標題の「被保険者」および「家族」の文字は、いずれか該当する方の文字をマルで囲んで下さい。

ウ. 字句を訂正する場合は、誤った字句をまっ消して、その上に正しい字句を記入して下さい。

エ. 傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作ってこの書類に添付して下さい。

オ. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

キ. ※印の欄は、記入しないで下さい。

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--

令和 年 月 日

受取日付欄

技官の 意見	
-----------	--

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

㊦	傷病名
㊧	移送を必要とする理由 (症状、その他具体的に記入して下さい。)
㊨	移送の方法 区間・回数
㊩	上記のとおり移送の必要を認めます。 <div style="text-align: center;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center;">住所 医師の 氏名</div> <div style="text-align: center;">電話 (局) 番</div>

(医師への注意事項)
 数字または、文字を訂正する場合は、誤った数字または文字をまっ消し、その部分へ印を押してからその上に正しい数字または、文字を記入して下さい。