

本人
 家族

移送承認申請書 ・ 移送届

年 月 日提出

【添付書類】
* 移送に要した費用の「領収書等（原本）」を添付

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	-		被保険者 (請求者) 氏 名	(フリガナ)	印
	事業所名			生年月日	昭・平 年 月 日生	
	所 属 課・係・店等	メールBOX		自宅住所	〒 -	
	会社 TEL	外線	内線	自宅 TEL		
	対象者氏名	(フリガナ)		対象者の 生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	被保険者 との続柄
	発病又は負傷の 年月日	平成 年 月 日				
	発病又は負傷の 原因					
	やむを得ない事由 で移送後に届出る ときはその事由					
	第三者の行為 が原因ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	左の設問で 「はい」の場合	<input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から療養費の補償がない <small>(第三者から療養費の補償がある場合は健康保険組合からは重複して支給することが出来ません)</small>		

* 被保険者証の記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。(修正液等不可)
* 被保険者(請求者)が自ら署名する場合には、訂正印を押印してください。(修正液等不可)

移 送 元 の 医 師 ・ 歯 科 医 師 の 意 見	傷病名		移送年月日	平成 年 月 日
	移送を必要と認めた理由			
	付添人	<input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 医師(氏名) <input type="checkbox"/> 看護師(氏名) (認めた理由 :) <input type="checkbox"/> なし		
	移送経路			
	移送方法		移送の回数	回
	上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 所在地 名 称 医療機関 保険医氏名 _____ (印) 電 話 ()			

(注) やむを得ない事由で移送後に届出るときは「移送届」とし、健保組合の承認を受けた後に「移送費支給申請書」又は「療養費支給申請書(立替払い)」を提出してください。(移送費に要した費用の領収書の原本を添えること)

※ 本人・家族が病気やケガで緊急に移送された場合 ⇒ 「移送費支給申請書」
移植のために、緊急に骨髄等の搬送が必要になった場合 ⇒ 「療養費支給申請書(立替払い)」

備考
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、備考欄へ記載してください。 被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

事業所担当者印	健保受付印

* 移送費の請求権の消滅時効は、支払いを完了した日の翌日から2年間となります。