

区分承認・不承認 所長給付課医療 被扶養者
(課長)(係)長係長 抜者 台帳
照合者



移送期間	平成 年 月 日	技官意見	技官印	資格喪失	年 月 日
移送回数	平成 年 月 日			備考	年 月 日
※		から	まで		
					回

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届

(注意事項)

2. 1. この申請書は、歩行困難な患者を他の場所へ移送するに際し、この申請書に「被保険者」として記載し、その旨を記載し、提出する。

2. この申請書は、歩行困難な患者を他の場所へ移送するに際し、この申請書に「被保険者」として記載し、その旨を記載し、提出する。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	2022 第 11 号	② 被保険者の 氏名	紙 商 一 郎		③		
	④ 被保険者の 現住所	〒103-×××× 中央区日本橋浜町××-××					方	
	⑤ 事業所の 名称	浜町商事株式会社						
	⑥ 傷病名	左大腿部骨折	⑦ 発病または 負傷年月日	平成 16 年 1 月 4 日 15 時 頃 分				
	⑧ 発病または 負傷の原因	志賀高原スキー場にて転倒負傷						
	⑨ 移送を 必要と する	理由	東京の病院で手術を受けるため					
		⑨ 区間 回数	(ア) 区間	志賀高原 から	經由	東京 まで	(イ) 回数	1 回
	⑩ 移送をする前 に提出できなかった ときはその理由	緊急に手術を受けるため						
	⑪ 被扶養者が移送 を受けたときはその 者の	(ア) 氏名	該当せず		(イ) 生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成	(ウ) 被保険者との 続柄	本人

5. 4. 3. 傷病を押印する場合は、誤った字句を記入して下消しし、別に第三者行

※ 傷病を押印する場合は、誤った字句を記入して下消しし、別に第三者行

医 師 が 記 入 す る こ ろ	⑫ 傷病名	左大腿部骨折	⑬ 保険で療養を 開始した日	平成 16 年 1 月 4 日			
	⑭ 必要と認めた 移送の区間回数	(ア) 区間	志賀高原 から	經由	東京 まで	(イ) 回数	1 回
	⑮ 移送を必要と 認めた理由 (病状などを 入れて詳しく)	上記傷病のため、緊急に手術を必要としたが 当医院に設備が無いため移送が必要であった					

うえの理由で移送の必要を認めます。 ← 必ず証明を受ける

平成 16 年 1 月 4 日

保険医 { ⑯住所 長野県志賀高原町×××

{ ⑰氏名 高原医院 山田太郎



※ 受付日付印