

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費承認申請書（移送届）

被 保 険 者 の 記 入 欄	健康保険証の 記号・番号	記 号	番 号	事業所	・コーセーG ・アルピオン ・その他（ ）			
				所属				
	被保険者の氏名	(フリガナ)		生 年 月 日		社 員 番 号		
				昭和 年 月 日				
	移 送 を 必 要 と す る 方 の	氏名		生年 月 日	昭 平 年 月 日	続 柄		
	傷 病 名			発病又は 負傷年月日		令和 年 月 日		
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因				第三者行為に よるものですか		はい ・ いいえ	
	移 送 を 必 要 と す る 理 由							
	移 送 の 方 法 及 び 区 間	方法		区間	から まで 経由			
	付 添 人 の 氏 名 及 び 住 所	氏名		住所				
医 師 の 意 見 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							
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日							
	郵便番号 住 所 被 保 険 者 の 氏 名 電 話 番 号							
	傷 病 名							
	移 送 を 必 要 と す る 理 由							
医 師 の 意 見 欄	付 添 を 必 要 と す る 理 由							
	入 院 す る 病 院 又 は 診 療 所 の 名 称							
	移 送 の 方 法 及 び 区 間	方法		区間	から まで 経由			
	移 送 年 月 日	令和 年 月 日						
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日							
所 在 地 医 療 機 関 の 名 称 電 話 番 号 医 師 の 氏 名								

※移送を必要とする場合は、必ず事前に健康保険組合に提出して、承認を受けてください。

受 付 印