



同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	総務部長	総務課長
承認(不承認)の別	承認(不承認)期間				
1:承認	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日				
2:未承認	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	部長	課長	係長	係
※支給決議書	資格				
	取得・認定	年 月 日			
	喪失・削除	年 月 日			

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

◎ ◎ 「※」印欄は記入しなくても下さい。記入の方法は別紙に書いてありますからよく読んで下さい。

①被保険者証 記号・番号		② 生年月日		③被保険者 (フリガナ)	
—		大正 昭和 平成 年 月 日		(申請者) の氏名と印 ⑧	
④被保険者 (フリガナ)		⑤ 住所			
⑥ 事業所の 名称		所在地			
⑦ 傷病名		⑧ 氏名		⑨ 生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日	
⑩ 発病又は負傷の原因		被保険者との続柄		⑪ 発病又は負傷年月(療養開始日) 年 月 日	
⑫ 移送期間		⑬ 移送後入院外		⑭ 移送回数	
(フリガナ) から (フリガナ) まで		0:入院外 1:入院		0:無 1:有	
⑮ 移送を必要とする期間		⑯ 不承認区分 ※			
平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		0:無 1:有			
⑰ 移送を必要とする理由		⑱ 第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい			
⑲ 移送する前に申請できなかったときはその理由		⑳ (備考)			

社会保険労働者の提出 代行者印	印
--------------------	---

平成 年 月 日提出
受付日付印

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

患者氏名	
⑱ 傷病名	
⑲ 移送を必要とする理由 〔症状、その他具体的に記入してください。〕	
⑳ 移送の方法 区間・回数	
㉑ 上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 住所 医師の 氏名 ㊥ 電話 () 番	

(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
その上に正しい数字または、文字を記入して下さい。

㉑ 欄に押した印と同じ印を押してから

【記入上の注意】

1. 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、東京都報道事業健康保険組合へ提出し、移送にかかった費用の払戻しをうけるため承認をうけるものです。
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、移送してからすぐに(1日か2日のうちに)この書類を提出してください。
2. 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。
3. 標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、⑥欄に「該当せず」と記入して下さい。
4. 傷病の原因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。
5. 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。
6. ※印の欄は、記入しないで下さい。