



※支給決議書	同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	部長	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
資格	取得・認定	年 月 日				課長	課長補佐	係長	係
	喪失・削除	年 月 日							

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届

◎ ◎ 「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。」
 ※ 「印」欄は記入しないで下さい。

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

平成 年 月 日提出

受付日付印

事業所 担当者印

社会保険労務士の 提出代行者印	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 医師の 住所 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 ㉑ 欄に押した印と同じ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。

【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。