



同 年 月 日	令 和 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
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

◎ ◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んで下さい。
※ 「印欄」は裏面に記入しないで下さい。

①被保険者等 記号・番号	② 生 年 月 日	③被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ)		
昭和平成令和 年 月 日					
④被保険者(申請者)の住所	(フリガナ)		電話 ()		
⑤事業所の 名称	所在地				
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 令和 年 月 日	被保険者との続柄	
⑦ 傷 病 名			⑧発病又は負傷年月(療養開始日)		
⑨ 発病又は負傷の原因			⑩第三者行為によるのですか 0:いいえ 1:はい		
⑪ 移送期間	(フリガナ) から	(フリガナ) まで	⑫ 移送後入院外 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	令 年 月 日から 令 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)					

社会保険労働事務士の提出 代 行 者

令和 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。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 住所 医師の </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 氏名 Ⓜ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 電話 () 番 </div>	

(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。