

理事長	常務理事	事務長	担当者

取得年月日	年 月 日
喪失年月日	年 月 日

健康保険 被保険者 移送費承認申請（移送届）書（第 回）  
 家 族

被保険者証の記号・番号		生 年 月 日	
		5:昭 7:平 9:令	年 月 日
被保険者の (申請者) 氏名と印	(フリガナ) 		事業所の 所在地 名称
被保険者の (申請者) 住 所	郵便番号	(フリガナ) 	
	住所コード		
被扶養者が移送を 受けた時はその者 の	氏名	昭和 平成 令和	年 月 日 被保険者 との続柄
傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日) 年 月 日
発病又は負傷の 原因を詳しく			第三者行為によるものですか 0: いいえ 1: はい
移送区間	(フリガナ) 	(フリガナ) 	移送後 入院外
	から	まで	移送回数
			0: 入院 1: 入院外
			不承認区間 0: 無 1: 有
移送を必要とする期間	承認/不承認 の 別	承認(不承認)期間	
	1: 承認 2: 不承認	(自)年 月 日	(至)年 月 日
令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	1: 承認 2: 不承認	(自)年 月 日	(至)年 月 日
移送を必要とする理由			
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			

- 標題の「被保険者」、「家族」のどちらかに○印を付けてください。
- 事前に提出すること。
- 事前に提出することが出来なかった場合はその理由を記入してください。

