

※ 支 給 決 議 書	同 年 月 日	令和 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者台帳照合印
	支 払 年 月 日	令和 年 月 日						
	支 給 額							
支 給 内 訳	法定 付加		資 格	得 喪	年 月 日	療 養	得 喪	年 月 日

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者の記号・番号(左詰め)				⑦ 生 年 月 日		被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日		
					昭 平 令		※	※	※	※	年 月 日	
	④被保険者の(申請者)氏名		(フリガナ)		(フリガナ)		事 業 所 の	名 称		所在地		
	(氏)		(名)		※押印不要の為、下記確認欄に印が必要です。							
	被保険者の(申請者)住所		郵便番号		(フリガナ)		電話番号		住所			
	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	
	傷病名						発病または負傷の年月日 (療養開始日)		令和 年 月 日		令和 年 月 日	
	発病又は負傷の原因を詳しく										①第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。	
	移送区間		フリガナ から フリガナ まで		④移送後入院外		移送回数		不承認区間			
					0:入院外 1:入院		回		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				不承認理由		
令和 年 月 日から				※ 0:承認 1:不承認		自 ※ 年 月 日 至 ※ 年 月 日 ※						
令和 年 月 日まで 日間				※ 0:承認 1: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つたときはその理由												
確認欄		この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※印をお願いします。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りが無い申請者本人が確認している。										
□												

※	承認番号	承認回数	調査先コード	海外表示	特別承認コード	備考	令和 年 月 日提出
				0:国内 1:海外			
社会保険労務士の提出代行者名							受付印

技官の 意見		技官の 氏名	
-----------	--	-----------	--

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

傷病名	
移送を必要とする理由 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> 症状、その他 具体的に記入 して下さい。 </div>	
移送の方法 区間・回数	
㊦ 上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 住 所 医師の 氏 名 電 話 (局)	

(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抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入して下さい。