

※	同 年 月 日	令和 年 月 日	決 常務理事	事務長	記入例
支 払 年 月 日	令和 年 月 日				
支 給 額					
決議書	法定 年 月 日		得 年 月 日	療 得 年 月 日	
	付加 年 月 日		格 喪 年 月 日	養 喪 年 月 日	

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

◎「※」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者	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
	4 3 2 1 5 9 7 8 9 0 0	昭 平 令 4 7 0 9 0 8		※	※ 0:無 1:有	※ 年 月 日
保 険 者	①被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) ケンポ (フリガナ) タロウ	事業所の名称	(会社名)		
	(氏) 健保 (名) 太郎	(会社名) 所在地 (会社の住所)				
被 保 険 者	被保険者の(申請者)住所	郵便番号 1 0 0 - 0 0 0 0 (フリガナ) トウキョウトチュウオウクマルマル				
	電話番号 03-xxxx-xxxx	住所 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101				
被 保 険 者	被扶養者が移送を受けたときはその者の	②氏名 健保 花子	生年月日 昭和 平成 令和 11 年 12 月 13 日生	被保険者との続柄	長女	
	傷病名	病名等	発病または負傷の年月日(療養開始日)	平成 令和 3 1 0 4 0 1		
記 入	発病又は負傷の原因を詳しく	原因負傷 ※原因不祥時以外は詳しく	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 〇〇区〇〇 から フリガナ △△区△△ まで	④移送後入院外	移送回数	不承認区間	
入 入			0 : 入院外 1 : 入院	1 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	
と	令和 0 2 年 0 8 日 0 1 日から 1 日間	※ 0 : 承認 1 : 不承認	自 年 月 日 至 年 月 日	※ 年 月 日 至 年 月 日	※	
	令和 年 月 日まで	※ 0 : 承認 1 : 不承認	自 年 月 日 至 年 月 日	※ 年 月 日 至 年 月 日	※	
こ	移送を必要とする理由	手術を受けるため				
	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	緊急であったため				
ろ	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。※☑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ないか申請者本人が確認している。				

承認番号	【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。	海外表示	特別承認コード	備考	日提出
※		国内			
社会保険労務士		海外			

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
例 : おいうえお かきくけこ(健保太郎)

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 [症状、その他 具体的に記入 して下さい。]	
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。



医師又は歯科医師が意見を書くところ

記入上の注意 1（被保険者が記入するところ）

- ◆ 保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。
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、健康保険組合へ提出し、移送にかかった費用の払戻しを受けるため承認を受けるものです。
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)この書類を提出しなければなりません。
 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、㊦欄に「該当せず」と記入して下さい。
 4. 傷病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。
 7. ㊧の欄は、押印は不要です。**※押印に変わる重要事項として、必ず確認欄に☑をお願いします。**
 8. ㊦㊧㊨欄は、該当する番号をマル(○)で囲んで下さい。
 9. 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
 10. 給付決定に際して、当健保組合より内容確認の連絡をさせていただくこともございます。