

同 年 月 日	令和 年 月 日
決 議 年 月 日	令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 移送承認申請書
被扶養者

申請日 : 令和 年 月 日

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号番号	記号		② 被保険者の氏名と印	
		番号			
	③ 傷病名			④ 発病又は負傷の日	平成・令和 年 月 日
	⑤ 発病又は負傷の原因				
	⑥ 移送を受ける者が被扶養者であるときはその氏名	⑦ 被保険者との続柄	⑧ 第三者行為によるものですか	※第三者行為による場合で、「第三者行為による傷病届」が未提出の方は、至急提出してください。	
			はい ・ いいえ		
*以下は事前に申請できなかった場合のみ記入して下さい。					
⑨ 事前に申請できなかった理由					

医師又は歯科医師の意見	傷病名		移送予定日	令和 年 月 日	
	移送の経路及び方法				
	移送を必要と認められた理由				
	付添を必要とするときはその理由				
	入院した期間	平成・令和 年 月 日	～	平成・令和 年 月 日	日間
	上記のとおり、相違ありません。		令和 年 月 日		
⑩ 医師又は歯科医師の住所				㊟	
氏名					

※申請に当たっての留意事項

- ①は、健康保険被保険者証に書いてあるものを、そのまま転記してください。
- ⑩は、医師又は歯科医師に記入、押印をお願いします。

受付印