

常務理事	事務長	担当

被保険者  
 被扶養者

### 移送承認申請書・移送届

申請日 令和 △ 年 △ 月 △ 日

被保険者証: 記号		被保険者証: 番号		事業所	株式会社〇〇〇〇	
被保険者氏名	健保 太郎			健保	被保険者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 △ 年 △ 月 △ 日 <input type="checkbox"/> 平成
移送者氏名	健保 花子	続柄	妻	移送者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 △ 年 △ 月 △ 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
傷病名	脳梗塞			発病又は負傷の日	<input type="checkbox"/> 平成 △ 年 △ 月 △ 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	
傷病の原因	夜間に自宅の脱衣所で倒れた			第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
やむを得ず移送後に届けるときはその事由	緊急に手術を行う必要があったため					
付添人の有無及びその氏名・住所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 住所: 〒 <input type="checkbox"/> 無 氏名:	医師・看護師等による医学的管理が必要と医師が認めた場合のみ 【 医師・看護師・その他( ) 】				
移送を認めた理由	設備の整った病院で緊急に手術を行う必要があるため					
付添を認めた理由	医師による医学的管理を行う必要があるため					
移送経路(移送区間)	××クリニックから国立〇〇病院まで			移送回数	1 回	
移送方法	患者輸送車	移送費見積額	30,000 円	移送年月日	<input type="checkbox"/> 平成 △ 年 △ 月 △ 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	
上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 △ 年 △ 月 △ 日						
名称:	××クリニック					
所在地:	東京都××市××町×-×-×					
氏名:	医療 一郎					

※移送が必要となった場合は本申請書により事前に申請してください。

※やむを得ない事由で移送後に届出るときは本申請書を移送届とし、移送費見積額に実額を記載の上、移送費請求書及び領収書等を添付してください。

受付印