

移送承認申請書・移送届 記入例

関東めつき 健康保険組合 | 業務課 03-3813-5916

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届 家 族			
2 被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号	1 987	番号 654
	氏名	(フリガナ) ケンボウ タロウ	
	住 所	〒 110 - 0000 東京 都・道 府・県 墨田区〇〇1-2-3	
	事業所名称	(株)◇◇◇◇	

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

4 5 6 内 容	受診者(どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☒ 家族(被扶養者)	仕事中、通勤途中、第三者行為のいずれかによるものですか ※	3 はい
	家族の場合はその方の氏名	健保 花子	生年月日	00 平・令 ×× 年 × 月 × 日 続柄(妻)
	傷病名	脳出血(妊娠××週)	発病又は負傷年月日	令和 × 年 × 月 × 日
	発病又は負傷の原因	不明		
	移送を必要とする理由	緊急で手術する必要があったが、設備が整っていなかったため		
	移送区間及び回数	〇〇産婦人科医院 から ××総合病院 まで (1 回)		
移送前に提出できなかったときはその理由	6 緊急で移送が必要な状態であったため、移送実施後の提出になったもの			

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

※ 傷病の原因が第三者行為以外の負傷(ケガ)による場合、「負傷原因届」のご提出をお願いすることがあります。

7 医 師 ・ 歯 科 医 師 記 入 欄	患者氏名	
	傷病名	
	移送を必要と認めた理由	
	移送方法	
	移送区間及び回数	から まで (回)
	上記のとおり移送の必要を認めます。	令和 年 月 日
所在地		
医療機関等名称		
医師・歯科医師の氏名	電話番号 ()	

受付日付印

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

1 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。(0613から始まる番号ではありません。)

2 対象者が家族(被扶養者)の場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合、氏名欄は被保険者名と申請される方の氏名を併記のうえ、住所・電話番号・振込先口座については相続人の方の情報を記入してください。
なお相続人が申請する場合は、追加で添付書類が必要となる場合がありますので、予め当組合までお問い合わせください。

3 「はい」に該当するときは、別途、提出書類が必要な場合があります。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。

4 対象者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

5 打撲、骨折、捻挫等の外傷性の場合は、負傷となった原因を詳しくご記入ください。

6 移送費の支給を受けるには、事前に健保組合の承認が必要です。
この「移送承認申請書・移送届」をご提出いただき、当組合より承認(注)を受けてから移送を実施していただくことになりますのでご注意ください。
ただし、やむを得ない事情により承認を受ける前に移送を実施した場合は、「移送承認申請書・移送届」と併せて「移送費支給申請書」をご提出ください。
※ 移送を承認した場合、「移送承認通知書」を被保険者(申請者)のご自宅に郵送いたします。

7 移送を必要と認めた医師等の証明を受けてください。

▷ 骨髓液又は臍帯血の搬送に係る申請は「療養費支給申請書」にてご申請ください。

注：この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。