

同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	総務課長	担当者	資得	年	月	日
支給金額	拾万	千	百	拾	円				格喪	年	月	日
支給決議書	移送年月日	年月日			備考	被扶養者 台帳照合者印						
	移送後	入院・入院外										
	摘要											

健康保険被保険者家族 移送費承認申請書・移送届

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号			被保険者の氏名					
	番号			名					
	被保険者の現住所	〒							
	事業所の名称								
	傷病名			発病又は負傷年月日	平成	年	月	日	
	傷病又は負傷の原因								
	移送を必要とする理由								
	移送区間	から						まで	
	利用交通機関及び概算費用					回数	回		
	被扶養者を移送するとき	氏名			明大昭平	年	月	日	続柄
移送前に提出出来なかった時はその									

医師が記入するところ	傷病名			療養を開始した日	平成	年	月	日
	必要と認めた移送の区間回数	区間	から		まで	回数	回	
	移送を必要と認めた理由(症状などを入れて詳しく)							
	上記の理由で移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 医療機関名 所在地 医師氏名							

(注意事項)

- この申請(届)書は、歩行困難な患者を多の場所に移送するときに提出し、移送のためにかかった費用の受給のために承認を受けるものです。
- 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添付してください。

受付印