

届書コード	304	12	届書	処理区分	1:承認 2:不承認
-------	-----	----	----	------	---------------

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

社会保険委員
の点検済印

①	②	③	④ 生年月日	⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 受付年月日
⑧ 被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ)		⑦ 名称	① 所在地		
被保険者の(申請者)住所	⑨ 郵便番号	(フリガナ)	(電話番号)			
被扶養者が移送を受けたための請求であるときはその者の	② 氏名	⑩ 生年月日	④ 被保険者との続柄			
⑪ 傷病コード	⑫ カナ	傷病名		⑬ 発病又は負傷年月日(療養開始日)		
⑭ 発病又は負傷の原因			⑭ 第三者行為によるものですか	0:いいえ 1:はい		
⑮ 移送期間	(フリガナ)	(フリガナ)	⑯ 移送後入院外	⑰ 移送回数	⑱ 不承認区	
⑰ 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		
年 月 日から 年 月 日まで	⑲ 1:承認 2:不承認	⑲ 年 月 日(至) 年 月 日	⑲ 年 月 日	⑲		
⑲ 移送を必要とする理由						
⑲ 移送する前に申請することができなかつたときはその理由						
⑲ 承認(不承認)番号	⑲ 承認回数	⑲ 調査先コード	⑲ 海外表示	⑲ 特別承認コード		
※	回		0:国内 1:海外	送信		

〔被保険者への注意事項〕
ア、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、管轄の社会保険事務所へ提出し、移送にかかった費用の払戻しをうけるため承認をうけるものです。
イ、この書類を提出しなければなりません。
ウ、この書類を提出する前に、移送を行わなければならないときは、管轄の社会保険事務所へ提出し、移送にかかった費用の払戻しをうけるため承認をうけるものです。
エ、傷病が「被保険者」および「家族」の文字をマルで囲んだときは、別記「第三者行為による傷病届」を記入して下さい。
オ、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」を記入して下さい。
カ、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。
キ、※印の欄は、記入しないで下さい。

技官の意見		技官の認印	
-------	--	-------	--

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。 年 月 日 住所 医師の氏名 電話 (局) 番	

(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まっ消し、その部分へ㊦欄に押した印と同じ印を押してからその上に正しい数字または、文字を記入して下さい。

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--