

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	⑤	⑥	⑦
被保険者証の記号・番号			生年月日	被扶養者番号	給付記録番号	受付年月日
⑧ 被保険者の(申請者)氏名 (フリガナ)			⑦ 名称	⑨ 郵便番号 (フリガナ) (電話番号)		
被保険者の(申請者)住所			⑩ 住所(コード)	⑪ 傷病コード		
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			⑫ 氏名	⑬ 生年月日	⑭ 被保険者との続柄	
⑮ 傷病名			⑯ 発病又は負傷の原因		⑰ 傷病又は負傷年月日(療養開始日)	
⑱ 移送期間			⑲ 移送後入院外		⑳ 移送回数	
⑳ 移送を必要とする期間			㉑ 承認(不承認)期間		㉒ 不承認理由	
㉓ 移送を必要とする理由			㉔ 移送する前に申請することができなかったときはその理由			
㉕ 承認(不承認)番号			㉖ 承認回数	㉗ 調査先コード	㉘ 海外表示	㉙ 特別承認コード

〔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」の文字は、いずれか該当する方の文字をマルで囲んで下さい。
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。

年月日
受付日付印

社会保険労務士の提出
代行者

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。