

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

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

被保険者証の記号・番号		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
①	②	③	1:明大 3:大 5:大 7:大	※	※	※
※	111	222345	320702			
⑧ 被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) ダイニチ タロウ 大日 太郎		⑦ 事業所の名称	〇〇株式会社		
			⑧ 所在地	東京都〇〇区〇〇1-2-3		
被保険者の(申請者)住所	⑨ 郵便番号	⑩ (フリガナ) トウキョウトタイヨウシニッサンチョウ (電話番号)				
	000-0000	東京都大陽市日酸町1-1-1		(000)0000		
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氏名	⑪ 氏名		⑫ 生年月日	⑬ 生被保険者との続柄		
	該当せず		明治大正昭和平成			
⑭ 傷病コード	⑮ カナ		傷病名		⑯ 発病又は負傷年月日(療養開始日)	
※	※		腹膜炎		年 月 日	
					181015	
⑰ 発病又は負傷の原因	⑱ 移送区間		⑲ 移送後入院外		⑳ 移送回数	㉑ 不承認区間
不詳	(フリガナ) マルマルイイン (フリガナ) マルマルダイガクビョウイン 〇〇医院 から 〇〇大学病院 まで		0:入院外 1:入院		1	0:無 1:有
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
18年10月5日から 年 月 日まで 1日間	⑲※ 1:承認 2:不承認		⑳※(自) 年 月 日(至) 年 月 日 ㉑※			㉒※
	㉓※ 1:承認 2:不承認		㉔※(自) 年 月 日(至) 年 月 日 ㉕※			㉖※
⑳ 移送を必要とする理由	緊急手術を要するので手術可能な病院へ移送。					
㉗ 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	病状重篤で緊急を要したため。					
㉘ 承認(不承認)番号	㉙ 承認回数	㉚ 調査先コード	㉛ 海外表示	㉜ 特別承認コード	平成 年 月 日 受付日付印	
※	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、この書類の「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。

エ、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」を作ってこの書類に添付して下さい。

オ、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。

カ、※印の欄は、記入しないで下さい。

社会保険労務士の提出代行者