

同年月日	令和	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	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										
	被保険者証の番号			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	令和	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				
	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	令和	年	月	日			
	必要と認められた移送の区間回数	区間	から				まで	回数					
	移送を必要と認められた理由 (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。 令和 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く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