

| | | | | |
|------|-----|----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | | 担当 |
| | | | | |

健康保険 被保険者 家 族 移送承認申請書・移送届

① 1 傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者による傷病届」を添付してください。

| | | | | | | |
|---|------------------------------|---|-------------------|------------|----------------------|--|
| ① 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の 記号と番号 | 記号 1250 | 番号 1 | 事業所 の名称 | 株式会社 健康 | |
| | 被保険者氏名 | 健保 太郎 | | | 被保険者の生年月日 | |
| | 被保険者の 住所 | 〒 350-0001 埼玉県川越市〇〇1-1-1 | | | TEL 049 (000) 0000 | |
| | 被扶養者が移送 を受けたときは その者の氏名 | | | | 被扶養者の生年月日 | |
| | 傷病名 | △△病 | | | | |
| | 発病又は負傷 の原因 | 不詳 | | | | 第三者行為に よるものですか いいえ ・はい |
| | 発病又は負傷 年月日 | 令和 1 年 5 月 1 日 | | | | |
| | 移送区間 | (フリガナ) アサカ | | | (フリガナ) カワゴエ | |
| | 移送後 | 入院 ・入院外 | | | 移送回数 | 1 回 |
| | 移送を必要 とする期間 | 自 令和 1 年 5 月 10 日 | 至 令和 1 年 5 月 10 日 | | 1 日間 | |
| 移送期間 | 自 令和 1 年 5 月 10 日 | 至 令和 1 年 5 月 10 日 | | 1 日間 | | |
| 移送を必要 とする理由 | 治療可能な医療施設への転院 | | | | | |
| 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 | | | | | | |

令和 1 年 5 月 2 日 提出

受付日付印

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

※内容（医師への注意事項）を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

| | | |
|---|---|--|
| ② | 傷病名 | △△病 |
| ③ | 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。] | △△病により自身による移動が不可能であり、△△病治療に必応な機材を有する 埼玉大学病院(川越)への転院を必要とする |
| ④ | 移送区間の回数 | 方法: 専用車両による輸送 区間: 埼玉しんきん病院(朝霞)から埼玉大学病院(川越)まで 回数: 1 |
| ⑤ | 上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 1 年 5 月 2 日 医師の 住所 埼玉県朝霞市〇〇1-1-1 氏名 埼玉しんきん病院 医師 埼玉次郎 Tel. 047 (001) 0001 | |