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 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

被保険者等の記号と番号	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	昭和・平成・令和　60　年　8　月　2　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	昭和・平成・令和　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 朝霞 から		(フリガナ) カワゴエ 川越 まで	
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

埼玉しんきん健康保険組合殿

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

（医師への注意事項）
※内容を訂正する場合は、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 移送の方法・区間・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