

承認・不承認	起案		施行					
※決議書	移送日	年 月 日	常務理事	理事	事務長	課長	係長	係
	移送区間	から まで						
	移送回数	回						

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	被保険者の氏名			男・女	印
		番号	生年月日	昭・平	年 月 日生		
	被保険者の現住所	〒 電話 ()					
	被保険者が勤務している事業所の	名称					
		所在地					
	傷病名				発病または負傷の日	年 月 日	
	発病または負傷の原因						
	移送を必要とする	理由					
区間		経由			回数	回	
被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名	生年月日	昭平令	年 月 日生	続柄		

医師が記入するところ	傷病名	移送年月日	年 月 日
	移送を必要と認められた理由 (症状などを入れて詳しく)		
	付添を必要と認められた理由		
	移送の経路及び方法		
	うえの理由で移送の必要を認めます。		令和
住所 保険医 氏名		印	

※欄は記入しないで下さい。