

※ 支給 決議書	同 年 月 日	令和 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者台帳照合印	
	支 払 年 月 日	令和 年 月 日							
	支 給 額								
	支 給 内 訳	法定 款 項 目		資 格	得 喪	年 月 日	療 養	得 喪	年 月 日

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。  
◎「※」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の記号・番号(左詰め)	⑦ 生 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人 ※ 0:無 1:有	受付年月日 年 月 日
	①被保険者の(申請者)氏名 (フリガナ) (氏) (名) ※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。	事業所の 名称 所在地				
	被保険者の(申請者)住所 郵便番号 (フリガナ) 電話番号 住所					
	被扶養者が移送を受けたときはその者の ⑧氏名 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日生	被保険者との続柄				
	傷病名	発病または負傷の年月日(療養開始日) 令和 年 月 日 令和 年 月 日				
	発病又は負傷の原因を詳しく	⑨第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。				
	移送期間 フリガナ から フリガナ まで	⑩移送後入院外 0:入院外 1:入院	移送回数 回	不承認区間 0:無 1:有		
	移送を必要とする期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	承認不承認の別 ※ 0:承認 1:不承認	承認(不承認)期間 ※ 年 月 日 至 年 月 日 ※			不承認理由
	移送を必要とする理由					
	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					
	確認欄 <input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。				

※	承認番号	承認回数	調査先コード	海外表示 0:国内 1:海外	特別承認コード	備考	令和 年 月 日提出
							受付印
社会保険労務士の提出代行者名							

技官の 意見		技官の 氏名	
-----------	--	-----------	--

### 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

傷病名	
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。 ]	
移送の方法 区間・回数	
㊦ 上記のとおり移送の必要を認めます。 令和    年    月    日 住所 医師の 氏名 電話                    (                    局)	

(医師への注  
意事項)

数字または、文字を訂正する場合は、誤った数字または文字を抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入して下さい。