

※ 移送承認届			同年月日		令和 年 月 日			資格	
区分	承認・不承認	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	扱者	年月日取	
移送日	令和 年 月 日							年月日喪	
移送	から							備考	
区間	まで	技官 の 意見				技官 印		被扶養者	
回数	回							確認印	

被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号	9000	番号	1	②被保険者の氏名	木材太郎	印	
	③被保険者の住所	〒135-0000 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇						方
	④事業所の	名称	〇〇〇〇 株式会社					
		所在地	〒135-0000 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇					
	⑤傷病名	脳出血				発病又は負傷日	令和 1年 6月 1日	
	⑥発病又は負傷の原因	不詳						
	⑦移送を必要とする	理由	〇〇病院へ入院後、症状が悪化したため〇〇病院では治療ができず、△△病院へ転院になったため。自力歩行が不可能だったため。					
		区間	〇〇病院	から	経由	△△病院	まで	回数 1回
	⑧移送をする前に提出できなかったときはその理由	急な発病により手続きができなかった						
⑨被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名	該当せず			生年月日	昭和 平成 年 月 日	続柄	

医 師 が 記 入 す る と こ ろ	傷病名				保険で療養を開始した日	令和 年 月 日	
	必要と認められた移送の区間	から 経由			まで	回数	回
	移送を必要と認めた理由 (病状等を入れて詳しく)						
	うえの理由で移送の必要を認めます。	令和 年 月 日				受付日付印	
	住所 保険医の 氏名	Ⓜ					