

届書コード	処理区分	届書	処理区分
304	12		1:承認 2:不承認

健康保険被保険者家族 移送承認申請書・移送届

① 被保険者証の記号・番号	②	③	④ 生年月日	⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 受付年月日
※			昭和 平成 令和	※	※	※
⑧ 被保険者の(申請者)氏名と印	(フリガナ) 機岳太郎		⑦ 名称	機岳工業株式会社		
	機岳太郎		⑧ 所在地	千代田区001-2-3		
被保険者の(申請者)住所	⑨ 郵便番号	(フリガナ)	(電話番号)			
		カナガワケンサガミハシ				
	⑩ 住所(コード)	神奈川県相模原市001-2-3		(XXX)XXXX		
被扶養者が移送を受けたための請求であるときはその者の	⑦ 氏名	⑧ 生年月日	昭和 平成 令和	⑨ 被保険者との続柄		
⑪ 傷病コード	⑫ カナ	傷病名	⑬ 発病又は負傷の原因	⑭ 発病又は負傷年月日(療養開始日)		
		腸閉塞	不詳	年 月 日	000000	
⑮ 移送期間	(フリガナ)	(フリガナ)	⑯ 移送後入院外	⑰ 移送回数	⑱ 不承認区間	
			0:入院外 1:入院	回	0:無 1:有	
⑲ 移送を必要とする期間	承認不承認の別	承認(不承認)期間	不承認理由			
年 月 日から 年 月 日まで	⑲※ 1:承認 2:不承認	⑲※(自) 年 月 日(至) 年 月 日	⑲※			
年 月 日から 年 月 日まで	⑲※ 1:承認 2:不承認	⑲※(自) 年 月 日(至) 年 月 日	⑲※			
⑳ 移送を必要とする理由						
㉑ 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						
㉒ 承認(不承認)番号	㉓ 承認回数	㉔ 調査先コード	㉕ 海外表示	㉖ 特別承認コード	送信	
※	回		0:国内 1:海外		令和 年 月 日	
					受付年月日	

(被保険者への注意事項)

ア、この申請(届)書は、歩行困難な患者を他の場所に移送するとき、管轄の社会保険事務所に提出し、移送のためにかかった費用を私戻してもらったため承認を受けるものです。

イ、急性の傷病のため、この書類を出す前に、移送を行なわなければならないときは、移送してからすぐに(一日か二日のうちに)この書類を提出しなければなりません。

ウ、この書類を提出したとき、この書類をマルで囲んだときは、⑦欄に「該当せず」と記入して下さい。

エ、傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作ってこの書類に添付して下さい。

オ、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

カ、この書類が「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、⑦欄に「該当せず」と記入して下さい。

キ、この書類を提出したとき、この書類をマルで囲んだときは、⑦欄に「該当せず」と記入して下さい。

ク、この書類を提出したとき、この書類をマルで囲んだときは、⑦欄に「該当せず」と記入して下さい。

ケ、この書類を提出したとき、この書類をマルで囲んだときは、⑦欄に「該当せず」と記入して下さい。

コ、この書類を提出したとき、この書類をマルで囲んだときは、⑦欄に「該当せず」と記入して下さい。

ク、この書類を提出したとき、この書類をマルで囲んだときは、⑦欄に「該当せず」と記入して下さい。

ケ、この書類を提出したとき、この書類をマルで囲んだときは、⑦欄に「該当せず」と記入して下さい。

コ、この書類を提出したとき、この書類をマルで囲んだときは、⑦欄に「該当せず」と記入して下さい。

技官の意見	技官の認印
-------	-------

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

㉚ 傷病名	
㉛ 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。	
㉜ 移送の方法 区間・回数	
㉝ 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) 番	

(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まっ消し、その部分へ㉚欄に押した印と同じ印を押してからその上に正しい数字または、文字を記入して下さい。

社会保険労務士の提出者	⑳
-------------	---