

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届  
家 族

被 保 険 者 情 報	① 被保険者等 記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称	株式会社 ○○○○
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭平・令 ××年 ×月 ×日
	住所	〒 100 - 0000 東京都渋谷区○○ ×-× △△マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先)	090 (××××) ××××

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申 請 内 容	受診者(どちらかに✓) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	④ 第三者行為によるものですか ※ はい (いいえ)
	⑤ 家族の場合は その方の	氏名 健保 花子 生年月日 昭平・令 ××年 ×月 ×日 続柄 (妻)
	傷病名	脳出血 発病又は負傷年月日 平・令 6年 12月 2日
	⑥ 発病又は負傷の原因	不明
	移送を必要とする理由	緊急で手術する必要があったが、設備が整っていなかったため。
	移送区間及び回数	○○○○医院 から △△△△総合病院 まで ( 1 回)
	⑦ 移送前に提出できな かったときはその理由	緊急で移送が必要な状態であったため、移送実施後の提出になったもの。

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

医 師 ・ 歯 科 医 師 記 入 欄	患者氏名	
	傷病名	
	移送を必要と 認めた理由	
	移送方法	
	⑧ 移送区間及び回数	から まで ( 回)
	上記のとおり移送の必要を認めます。	令和 年 月 日
	所在地	
	医療機関等名称 医師・歯科医師の氏名	電話番号 ( )

受付日付印

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 移送された方が家族(被扶養者)の場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。被保険者が亡くなられた場合は、申請者(相続人)の氏名、住所、振込先口座をご記入ください。申請者(相続人)の氏名は被保険者名の横にかっこ書きでご記入ください。その際、被保険者と申請者(相続人)の続柄など身分関係を確認できる書類(戸籍謄本原本)を添付してください。
- 事業所(事業主) 経由で提出される場合は、提出委任に✓を付けてください。
- 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 移送された方が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 打撲、骨折、捻挫等の外傷性の場合は、負傷となった原因を詳しくご記入ください。
- 移送費の支給を受けるには、事前に健保組合の承認が必要です。この「移送承認申請書・移送届」をご提出いただき、当組合より承認(注)を受けてから移送を実施していただくことになりますのでご注意ください。ただし、やむを得ない事情により承認を受ける前に移送を実施した場合は、「移送承認申請書・移送届」と併せて「移送費支給申請書」をご提出ください。※移送を承認した場合、「移送承認通知書」を被保険者(申請者)のご自宅に郵送いたします。
- 移送を必要と認めた医師等の証明を受けてください。

▷ 骨髄液又は臍帯血の搬送に係る申請は「療養費支給申請書」にてご申請ください。

※ご記入いただいた内容を訂正する、二重線で抹消し、正しい内容と被保険者が記入するところは被保険者の署名(サイン)、医師・歯科医師が記入するところは医師・歯科医師の署名(サイン)をご記入ください。