

届書コード	処理区分	届書	処理区分
3:04	12	届書	1:承認 2:不承認

健康保険被保険者族 移送承認申請書・移送書

健康保険委員 の点検済印	被保険者証の記号・番号				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	
	①	②	③	④	昭和 平成	年	月	日	※	※	※	日
(被保険者への 注意事項)	⑧ 被保険者の(申請者)氏名と印				⑦ 名称		⑧ 所在地		送信			
	(フリガナ)				事業所の							
被 保 険 者 が 記 入 す る こ と を 認 め る	被保険者の(申請者)住所				⑨ 郵便番号		⑩ 住所(コード)		⑪ 氏名			
	(フリガナ)								昭和 平成 令和		年 月 日生	
入 る こ と を 認 め る	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				⑫ 傷病コード		⑬ 傷病名		⑭ 発病又は負傷年月日(療養開始日)		⑮ 第三者行為によるものですか	
	⑯ 発病又は負傷の原因				※				年 月 日		0:いいえ 1:はい	
と こ を 認 め る	⑰ 移送区間				⑱ 移送後入院外		⑲ 移送回数		⑳ 不承認区			
	(フリガナ) から (フリガナ) まで				0:入院外 1:入院		回		0:無 1:有			
⑳ 移送を必要とする期間				承認不承認の例		承認(不承認)期間		不承認理由				
年 月 日から 年 月 日まで 日間				⑲※ 1:承認 2:不承認		⑲※(自)年 月 日 (至)年 月 日		⑲※				
㉑ 移送を必要とする理由				㉒※ 1:承認 2:不承認		㉒※(自)年 月 日 (至)年 月 日		㉒※				
㉓ 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												
㉔ 承認(不承認)番号				㉕ 承認回数		㉖ 調査先コード		㉗ 海外表示		㉘ 特別承認コード		
※				回				0:国内 1:海外		送信		
										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へ提出し、移送のためにかかった費用を払い戻してもらうため承認を受けるものです。

イ、急性傷病のため、この書類を出す前に、移送を行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、この書類の「被保険者」および「家族」の文字は、いずれか該当する方の文字をマルで囲んで下さい。

エ、標題の「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。

オ、字句を訂正する場合は、誤った字句をまっ消して、⑧欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入して下さい。

カ、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。

キ、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。

※印の欄は記入しないでください。

社会保険 税代	労働者 の提出印	⑲
------------	-------------	---

(備考)

