

受付	年	月	日
決定	年	月	日
承認	方法		
	回数		
	費用		
不承認			

決議書		
常務理事	事務長	担当者
資格取得日	年	月 日
資格喪失日	年	月 日
支給年月日	年	月 日

被保険者
被扶養者 移送承認申請書・移送届

令和 元 年 6 月 15 日

被保険者証の 記号・番号	1011-2568	被保険者氏名	健保 太郎		
事業所名	〇〇〇〇 株式会社	事業所所在地	東京都 〇△区 〇□町2-2-3		
発病又は負傷の 年月日	令和 元 年 5 月 25 日				
傷病の原因					
医師の 意見	傷病名	胃潰瘍、腹部動脈瘤	移送 年月日	令和 元 年 6 月 10 日	
	移送を必要とした理由	胃潰瘍の手術をして、経過良好のところ、腹部動脈瘤を併発			
	移送の方法 区間及び回数	寝台自動車 △△病院~〇〇病院1回	費用の見積額（移送 後のときは実費）	35,000	円
上記のとおり移送の必要を認めます 令和 元 年 6 月 20 日 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 東京都 〇〇区 〇△町2-5-5 保険医 氏名 〇〇病院 〇山 〇彦					
やむを得ない事由 で移送後に届出 るときはその理由	至急手術の必要があったが、△△病院にその施設が無かったため、〇〇病院へ移送				
申請又は届が被扶 養者に関するとき	氏名	健保 花子	大 生年 昭 55 年 11 月 20 日 月日 平 令	被保険者との 続柄	妻

(注) やむを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書（交通機関の運賃等公定のもの
は実際に移送を行ったことを証するに足るもの）を添付すること。