

# 健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届 被扶養者

被保険者への  
注意事項

◎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、管轄の年金事務所へ提出し、移送にかかった費用の払戻しをうけるため承認をうけるものです。急性の傷病のため、この書類を提出しなければなりません。  
 ◎日か二日のうちに、この書類を提出しなかつたときは、移送してからすぐに(一)字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して申請者の印と同一の印を押し、その上に正しい字句を記入してください。  
 ◎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」を作つてこの書類に添付してください。  
 ◎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ください。  
 ※印の欄は記入しないでください。

被 保 険 者	被保険者証	記号		生年月日	昭和	年	月	日生
		番号			平成			
が 記 入 す る こ ろ	被保険者 (請求者)名	フリガナ		事業所の 所在地	名称			
	被保険者 現住所	〒			自宅電話			
	被扶養者が移送を 受けたための請求で あるときはその方の	氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日生	被保険者 との続柄
	傷病名			発病または 負傷年月日	年 月 日			
	発病または 負傷の原因			第三者行為に よるものですか		0:いいえ 1:はい		
	移送期間	フリガナ	フリガナ	移送後 入院外		移送回数		
		から		まで		0:入院 1:入院外		回
	移送を必要とする期間	承認不承認の別	承認(不承認)期間					
	年 月 日から	※ 1:承認 2:不承認	※(自)		(至)		年 月 日	
	年 月 日まで	※ 1:承認 2:不承認	※(自)		(至)		年 月 日	
	移送を必要とする理由							
	移送する前に申請することができなかつたときはその理由							

社会保険労務士の提出代行者印 Ⓜ

受付日付印

東京都自動車整備健康保険組合

技官の 意見		技官の 認 印	
-----------	--	------------	--

## 移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

傷 病 名	
移送を必要とする理由 (症状、その他) 具体的に記入してください。	
移送の方法 区間・回数	

(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抹消し、その部分へ※印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ください。

※ 上記のとおり移送の必要を認めます。

平成      年      月      日

住 所

医 師 の

氏 名

Ⓜ

電 話

(                      )

# 健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

(記入上の注意)

◎◎◎◎◎◎◎◎  
 ※印欄の印は同一印をご使用ください。  
 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ください。  
 給付金の受領を他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。  
 傷病の原因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」をこの書類に添付してください。  
 この申請書は、被保険者及び被扶養者について移送の承認があった場合に、その費用の支給を受けるため申請するものです。  
 ④

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被 保 険 者 証	記 号		生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日 生	
		番 号							
	被 保 険 者 ( 請 求 者 ) 氏 名	フリガナ		事 業 所 の 所 在 地					
	被 保 険 者 ( 請 求 者 ) 現 住 所	〒		自 宅 電 話					
				携 帯 電 話					
	被 扶 養 者 が 移 送 を 受 け た た め の 請 求 で あ る と き は そ の 方 の	氏 名		生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成	年	月	日 生	被 保 険 者 と の 続 柄
	傷 病 名				発 病 ま た は 負 傷 年 月 日	年	月	日	
	発 病 ま た は 負 傷 の 原 因				第 三 者 行 為 に よ る も の で す か	0: い い え 1: は い			
	診 療 等 の 支 給 ま た は 手 当 を 受 け た 病 院 の	名 称			診 療 を 担 当 し た 医 師 等 の 氏 名				
		所 在 地							
移 送 を 受 け た 区 間 、 移 送 期 間 お よ び 費 用 の 請 求	移 送 区 間				移 送 後	移 送 先			
	フリガナ		フリガナ		0: 入 院	病 院			
	から		まで		1: 入 院 外				
	移 送 期 間 ( 支 給 期 間 )				移 送 回 数	移 送 に 要 し た 費 用 の 額			
	( 自 )		( 至 )		回	円			
年 月 日	年 月 日								
距 離	利 用 交 通 機 関	備 考							
km									

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します ※	
	被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 氏 名	④
	事 業 所 所 在 地	
事 業 主 名 ( 代 理 人 )	事 業 所 名	
	事 業 主 名	④

受 付 日 付 印

支 払 金 融 機 関	金融機関コード		支 店 番 号	
	銀 行 ・ 金 庫		本 店 ・ 支 店	
	口座番号（普通・当座）		フリガナ	氏 名
		口座名義		

社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 印	④
--------------------------------	---