日本郵船健康保険組合理事長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁日付   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 承認 | | 不承認 | | 資格取得年月日 | 年　　月　　日 | | | 資格喪失年月日 | 年　　月　　日 | | |  | |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |

被保険者

被扶養者

　　　　　　　　　移送承認申請書・移送届

（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、健康保険組合に提出し、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、この書類を出す前に、移送を行わなければならないときは、移送してすぐに（一日かニ日のうちに）この書類を提出

　　　しなければなりません。

　　・標題の「被保険者」および「被扶養者」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んでください。

　　・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」を作ってこの書類に添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  保  険  者  が  記  入  す  る  と  こ  ろ | 被保険者の  記号・番号 | － | 被保険者氏名 | | 年　　月　　日生 | | | | | | |
| 被保険者住所 | 〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　－　　　　－ | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 被扶養者が移送を受けるための請求であるときはその者の氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日生 | | | | 被保険者との続柄 | |  |
| 発病又は負傷  の年月日 | 年　　月　　日 | | 傷病名 | |  | | | | | |
| 発病又は負傷の原因 |  | | | | | | | | | |
| 移送を必要とする理由 |  | | | | | | | | | |
| 移送方法 |  | | | | | | 移送後 | | 入院  入院外 | |
| 移送を必要とする期間 | 年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで　　　　　日間 | | | | | | | | | |
| 移送区間 | から | | | | | まで | | | | |
| 移送する前に申請することができなかった理由 |  | | | | | | | | | |

受付日付印

　　　　　　　　　　　移送を必要とする医師の意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 医師の  　　　　　上記の通り移送の必要を認めます。    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　－　　　　－ | |