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　　　　－　　　　－　　　　　 |