

健保記入欄	受付日	令和 年 月 日	承認期間	令和 年 月 日
	資格取得日	年 月 日		令和 年 月 日
	資格喪失日	年 月 日	移送回数	回
	被扶養者認定日	年 月 日	移送区間	
		課長	担当	台帳

健保組合
受付印

- 被保険者(本人)
 被扶養者(家族)

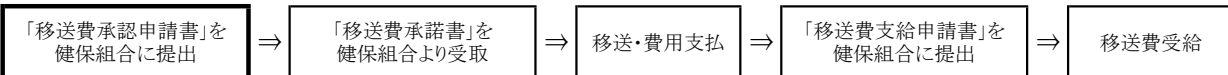
移送承認申請書 ・ (移送届)

被 保 険 者 情 報	島津製作所健康保険組合理事長殿 「注意事項」の内容について同意し、下記の通り申請します。			令和 年 月 日
	被保険者証 記号・番号	記 番	被保険者 名	会 社 名
	自 宅 住 所	TEL		部 署 名
	備 考 欄	連 絡 先		

申 請 内 容	対象者名	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	傷病名	発病または 負傷年月日		令和	年 月 日	
	発病または 負傷の原因	移送(予定) 年月日		令和	年 月 日	
	第三者行為に よるものですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	通勤災害・労働災害 によるものですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	移送経路				回数	回
	移送方法					
移送をする前に提出できなかったときはその理由						

医 師 記 入 欄	傷病名	診察開始年月日	年 月 日
	移送経路	回数 回	
	移送方法	移送(予定)年月日	令和 年 月 日
	移送を必要と 認めた理由 (症状等詳しく)	上記のとおり 移送の必要を認めます。 年 月 日	
付添を必要と 認めた理由	住 所 医療機関名 氏 名		

手続き



注意事項

- ・ 移送費は健保組合が必要であると認める場合に限り支給します。
- ・ 「医師記入欄」は、医師の「意見書」の添付に代えることができます。
- ・ やむを得ない事由で事前に承認を受けなかった場合は「移送届」として提出してください。
- ・ 記入漏れ、添付書類漏れがある場合は一旦返却します。
- ・ 被保険者証の記号番号にかえてマイナンバーを記載する場合は、備考欄へ記載し本人確認書類を添付してください。