|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保記入欄 | 資格取得日 | 年　　　　月　　　　日 | 伺年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 区分 | 承認　　　・　　　　不承認 | 決裁年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ｊ－オイルミルズ健康保険組合　理事長　殿  **健康保険** | | | | | | | **被保険者**  **被扶養者** | | | | **移送承認申請書（移送届）** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証 | 記号 | |  | | | | 被保険者  氏名 | |  | | | | | | | 被保険者  生年月日 | | | Ｓ  Ｈ | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 番号 | |  | | | |
| 被保険者の  現住所 | 〒  ＴＥＬ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | 名　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請が被扶養者に  関するときは  その者の | 氏　名 | | |  | | | | | | | 被扶養者  生年月日 | | Ｓ  Ｈ  Ｒ | | 年　　　月　　　日 | | | | | | 続　柄 | |  | | |
| 傷　病　名 |  | | | | | | | | | | 発病又は  負傷年月日 | | Ｈ  Ｒ | | 年　　　月　　　日 | | | | | | 第三者行為によるもの  ですか | | | | は　い  いいえ |
| 発病又は  負傷の原因 |  | | | | | | | | | | | | 移送（予定）  年月日 | | | | Ｒ | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 移送を必要  とする理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 移送回数 | | | | 回 | |
| 移送区間 |  | | | | | | | | から | | |  | | | | | | まで | | 移送後  入院外 | | | | 入院  入院外 | |
| 移送後に申請する  場合はその理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　 年　 月　 日 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の | | 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | ㊞ | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 氏名を自署した場合は、押印不要です。 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師の記載欄 | 傷病名 | |  | | | | | 発症又は負傷年月日  （療養開始日） | Ｈ  Ｒ | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 移送を必要と認めた理由  （症状などを入れて詳しく） | |  | | | | | | | | | | | |
| 移送方法 | |  | | | | | | | | | | | |
| 移送区間 | |  | | から | |  | | | まで | | 移送回数 | | 回 |
| 上記の理由で移送の必要を認めます。 | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |  | | | | | | | | |
| 医療機関の | 所在地 | | 〒  ＴＥＬ | | | | | | | | | ㊞ | |
| 医療機関名 | |  | | | | | | | | |
| 医師氏名 | |  | | | | | | | | |

1. この申請書は、歩行困難な患者を他の場所へ移送するときに、健保組合の承認を受けるものです。健保組合の承認を受けた後に、「移送費支給申請書」の提出が必要です。
2. 緊急のため、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、移送してからすぐに（２日以内に）この書類を提出しなければなりません。
3. 第三者の行為による負傷の際は、第三者行為による傷病届一式を添付して下さい。