|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ＳＨ | 　　　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 | ＳＨＲ | 年　　　月　　　日 | 続　柄 |  |
| 傷　病　名 |  | 発病又は負傷年月日 | ＨＲ | 　　　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） | ＨＲ | 　　　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。