

健康保険 移送承認申請書・移送届

日本レストランエンタプライズ健康保険組合 御中

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号					番号					生年月日	S・H	年	月	日		
	フリガナ					事業所名											
	被保険者の氏名					〒										都道府県	市区郡
	被保険者の住所																
	申請が被扶養者に関するときは、その方の氏名					生年月日	S・H・R	年	月	日	続柄						
	傷病名					発病または負傷年月日	S R	年	月	日	第三者行為によるものですか	1. いいえ	2. はい				
	発病または負傷の原因					移送(予定)年月日	令和	年	月	日							
	移送を必要とする理由																
	移送区間					から					まで	移送後入院外	1. 入院	2. 入院外	移送回数	回	
	移送する前に申請することができなかったときはその理由																

医 師 の 記 載 欄	傷病名					発病または負傷年月日(療養開始日)	S H	年	月	日								
	移送を必要と認めた理由																	
	症状など具体的に																	
	移送の方法					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 所在地 医療機関名 医師の氏名 <div style="text-align: right;"> ⑩ 電話 - - </div>																	

<被保険者への注意事項>

- ・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」を提出してください。
- ・急病のため、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、移送してからすぐに（1日か2日のうちに）この書類を提出しなければなりません。

受 付 印