

届書コード	処理区分	届書	1:承認 2:不承認
304	12		

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

社会保険委員 の点検済印	被保険者証の記号・番号			4 生年月日			5 被扶養者番号	6 給付記録番号	送信	7 受付年月日		
	1	2	3	1	2	3	4				年	月
8 被保険者の(申請者)氏名と印		(フリガナ)			事業所の名称		所在地					
9 被保険者の(申請者)住所		9 郵便番号	(フリガナ)			(電話番号)						
10 住所(コード)												
被扶養者が移送を受けたための請求であるときはその者の		ウ 氏名				工 生年月日	明治大昭和成	年 月 日生	オ 被保険者との続柄			
11 傷病コード		傷病名			13 発病又は負傷年月日(療養開始日)			年 月 日				
12 カナ												
カ 発病又は負傷の原因					14 第三者行為によるものですか			0:いいえ 1:はい				
15 移送区間		(フリガナ) から (フリガナ) まで			16 移送後入院	0:入院外 1:入院	17 移送回数	回	18 不承認区間	0:無 1:有		
キ 移送を必要とする期間		承認(不承認)の別			承認(不承認)期間			不承認理由				
年 月 日から 年 月 日まで 日間		19	20 (自) 年 月 日(至) 年 月 日			21	22			23 (自) 年 月 日(至) 年 月 日		
ク 移送を必要とする理由		1:承認 2:不承認			1:承認 2:不承認			1:承認 2:不承認				
ケ 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												
25 承認(不承認)番号		26 承認回数	27 調査先コード			28 海外表示	0:国内 1:海外	29 特別承認コード	平成 年 月 日			
		回							受信			
社会保険労務士の提出 代行者印								印				

【被保険者への注意事項】

ア、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、管轄の社会保険事務所へ提出し、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。

イ、この書類を提出しなければなりません。

ウ、この書類を提出する前に、移送を行わなければならないときは、移送してからすくなく一日か二日のうちに(被保険者への)「被保険者」および「家族」の文字は、いずれか該当する方の文字をマルで囲んで下さい。

エ、標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、ウ欄に「該当せず」と記入して下さい。

オ、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下さい。

カ、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

キ、印の欄は、記入しないで下さい。

8 欄の印は、本人が署名する場合は不要です。

技 官 の 意 見		技官の 認 印	
--------------	--	------------	--

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

コ		
傷 病 名		
サ	<p>移送を必要とする理由</p> <p>〔症状、その他 具体的に記入 して下さい。〕</p>	
シ	<p>移送の方法 区間・回数</p>	
ス	<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>医師の</p> <p>氏名</p> <p>電 話 (局) 番</p> <p style="text-align: right;">印</p>	

(医師への注意事項)

数字または、文字を訂正する場合は、誤った数字または文字をまっ消し、その部分へス欄に押した印と同じ印を押してからその上に正しい数字または、文字を記入して下さい。