健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

被保険者情報				
被保険者等記号・番号	記号	番号	記号番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。	
氏名	（フリガナ）		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
住所	〒　　－	都・道 府・県		
			電話番号（日中の連絡先）	（　　）
提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）			

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容				
受診者（どちらかに✓）	☐ 被保険者　☐ 家族（被扶養者）		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
家族の場合はその方の	氏名	生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日　続柄（　　）		
傷病名			発病又は負傷年月日	令和　　年　　月　　日
発病又は負傷の原因				
移送を必要とする理由				
移送区間及び回数	から	まで　（　　回）		
移送前に提出できなかったときはその理由				

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

医師・歯科医師記入欄	
患者氏名	
傷病名	
移送を必要と認めた理由	
付添を必要と認めた理由	
移送年月日	
移送方法	
移送区間及び回数	から　　まで　（　　回）

上記のとおり移送の必要を認めます。　　令和　　年　　月　　日

所在地

医療機関等名称

医師・歯科医師の氏名　　電話番号　（　　）

受付日付印

東京都ニット 健康保険組合

（R06.12）

移送承認申請書・移送届 記入例

東京都ニット 健康保険組合｜業務部 03-3626-1400

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

被保険者情報

❶ 被保険者等記号・番号	記号 1357 番号 248	記号番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。	
❷ 氏名	（フリガナ） ケンコウ イチロウ 健康 一郎	生年月日	昭 (平) 令 ×× 年 ×× 月 × 日
住所	〒 111 － 0000 東京 都・道 府・県	△△△区○○○○ ×－×	
	○○○○マンション×××号	電話番号（日中の連絡先）	080 （××××）××××
提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）		

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容

受診者（どちらかに✔）	☐ 被保険者 ☑ 家族（被扶養者）	❸ 第三者行為によるものですか ※	はい・(いいえ)
❹ 家族の場合はその方の	氏名 健康 華	生年月日	昭 (平) 令 ×× 年 × 月 × 日 続柄（ 妻 ）
傷病名	妊娠××週	発病又は負傷年月日	令和 × 年 4 月 1 日
発病又は負傷の原因	不明		
❺ 移送を必要とする理由	緊急で手術をする必要があったが、設備が整っていなかったため		
移送区間及び回数	○○産婦人科 から △△△総合病院 まで （ 1 回）		
❻ 移送前に提出できなかったときはその理由	緊急で移送となったため、移送実施後の提出になった		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

医師・歯科医師記入欄

❼ 患者氏名	
傷病名	
移送を必要と認めた理由	
付添を必要と認めた理由	
移送年月日	
移送方法	
移送区間及び回数	から まで （ 回）

上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日

所在地

医療機関等名称

医師・歯科医師の氏名 電話番号 （ ）

受付日付印

東京都ニット 健康保険組合 （R06.12）

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 被保険者等記号番号は、資格情報のお知らせ・資格確認書またはマイナ保険証登録済みであれば、マイナポータルサイトからご確認いただけます。

❷ 対象者が家族（被扶養者）の場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
（住所、振込先口座も同様です。）

❸ 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

❹ 対象者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

❺ 打撲、骨折、捻挫等の外傷性の場合は、負傷となった原因を詳しくご記入ください。

❻ 移送費の支給を受けるには、事前に健保組合の承認が必要です。
この「移送承認申請書・移送届」をご提出いただき、当組合より承認（注）を受けてから移送を実施していただくことになりますのでご注意ください。
ただし、やむを得ない事情により承認を受ける前に移送を実施した場合は、「移送承認申請書・移送届」と併せて「移送費支給申請書」をご提出ください。
※ 移送を承認した場合、「移送承認通知書」を被保険者（申請者）の ご自宅に郵送いたします。

❼ 移送を必要と認めた医師等の証明を受けてください。

▷ 骨髄液又は臍帯血の搬送に係る申請は「療養費支給申請書」にてご申請ください。

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。