

常務理事	事務長	課長	係長	担当

移送承認伺	同年月日	年 月 日	技官意見	技官印
	決裁年月日	年 月 日		
	区分	承認・不承認		
	移送期間	年 月 日 日間 年 月 日		
	移送区間	から まで		
	移送回数	回		

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	1	②被保険者の氏名と印	健保 照夫	③印		
		〇〇	生年月日	昭・平 32年 8月 19日			
	④請求者の所在地	〒154-0012 東京都世田谷区駒沢 〇-〇-〇 TEL 03 (5672) 0000					
	⑤事業所の名称	スターバックスコーヒージャパン 株式会社					
	⑥傷病名	脳内出血	⑦発病または負傷年月日	平成 24年 4月 27日 10時 22分			
	⑧発病または負傷の原因	頭痛が続いたため病院を受診					
	⑨移送を必要とする理由	入院し詳しい検査をした結果手術が必要となり専門技術のある病院へ移る					
	⑨移送を必要とする区間回数	区間	世田谷区から 世田谷区 世田谷病院	經由	川崎市 川崎総合病院 まで	回数	/ 回
	⑩移送をする前に提出できなかったときはその理由						
	⑪被扶養者が移送を受けたときはその者の氏名	該当せず	生年月日	昭和 平成 年 月 日	被保険者との続柄		

⑫傷病名		⑬保険で療養を開始した日	平成 年 月 日		
⑭必要と認めた移送の区間回数	区間	から	經由 まで	回数	回
⑮移送を必要と認められた理由 (症状などを入れて詳しく)	医師に証明を受けてください				

うえの理由で移送の必要を認めます。

平成 年 月 日

住所

保険医

氏名

印

受付日付印

スターバックス コーヒー ジャパン 健康保険組合

●注意事項

- 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、移送のためにかかった費用を払戻してもらうため承認を受けるものです。
- 標題の「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○で囲んで下さい。
- 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して③欄の認印を押し、その傍に正しい字句を記入して下さい。
- 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記入しこの書類に添付して下さい。
- 医師証明が外国語で記入されている場合は、翔訳者の住所・氏名を明記した翔訳文を添付して下さい。

◎記入方法は記入例をご覧ください。 ◎適正な給付決定処理を行う為に個人情報を利用させていただきます。