

| | | | | |
|------|-----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | | |

健康保険 被保険者 家 族 移送承認申請書

| | | | | | | |
|--|---------------------------|-------------|--|-----------------------|----------------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ① 被保険者証の | 記号 | | ② 被保険者の 氏名 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | |
| | | 番号 | | | | |
| | ③ 住所 | 〒 ー (電話) | | | | |
| | ④ 被保険者の 勤務する 事業所の名称 | | | | | |
| | ⑤ 移送を受けた方 の氏名 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | | | ⑥ 被保険者 との続柄 | |
| | ⑦ 移送方法 (交通機関) | | | | | |
| | ⑧ 移送経路 (移送区間) | | | | | |
| | ⑨ 移送に要する 費用 | 円 | | | | |

【注】 ・移送を受けた方が被保険者の場合、⑥欄は省略して差し支えありません。
 ・本書を決定する必要から、勤務先・医療機関等・市区町村・労働基準監督署及び協会けんぽなどに問い合わせをする場合があります。

| | | | | | | |
|--|---|---------|------------------|--|--|--|
| 医 師 ・ 歯 科 医 師 記 入 欄 | ⑩ 移送を必要と 認めた理由 | | | | | |
| | ⑪ 付添を必要と 認めた理由 | | | | | |
| | ⑫ 移送年月日 | 令 年 月 日 | ⑬ 移送方法 (交通機関) | | | |
| | ⑭ 移送経路 (移送区間) | | | | | |
| | <p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p>医療機関の</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> | | | | | |

【注】 ・⑪は付添の必要があった場合に記入してください。