

健康保険 被保険者 移送承認申請（届）書  
被扶養者

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合はし）			
	保険証の記号・番号（右づめ）		被保険者（申請者）所属・氏名	(フリガナ)		
	6 6	7 8				○
	被保険者の生年月日		年 齢	被 保 険 者 の 住 所		
	昭和 平成 令和	年 月 日	歳	〒 電話 ( ) -		
	被扶養者が移送を受けたときは、その方の	(フリガナ) 氏名	生年月日	年齢	被保険者との続柄	
			昭和 平成 令和	年 月 日	歳	
	傷 病 名	発症・負傷の原因を詳しく		第三者行為によるものですか 0 : いいえ 1 : はい		
	移送区間	(フリガナ)	から	まで	移送後 入院 入院外	移送回数 回 不承認区間 0 : 有 1 : 無
	移送を必要とする期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間				
移送を必要とする理由						
移送する前に申請することが出来なかったときはその理由						
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人（事業所の事業主）に委任します。					
	受取方法		代理人			
	<input type="checkbox"/>	給与振込	(事業所名)			
代 事 行 業 者 主 記 以 入 外 欄 の	連絡先住所	〒 電話 ( ) -				
	氏名				続柄	
健 保 記 入 欄	承認不承認の別	承認（不承認）期間			不承認区間	
	※ 1 : 承認 2 : 不承認	(自) 令和 年 月 日 (至)	令和 年 月 日			
	※ 1 : 承認 2 : 不承認	(自) 令和 年 月 日 (至)	令和 年 月 日			

※ 太枠内を記入してください。  
 ※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。  
 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

受付印

