

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 00年 00月 00日	<input checked="" 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)			
	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) ヤスカワ タロウ			
	6 7 6 8	× × × × × × ×	八総	安川 太郎		
	被保険者の生年月日	年齢	被保険者の住所			
	昭和 平成 令和	00年 00月 00日	×× 歳	〒 806-1234 北九州市八幡西区△△町××番××号 電話 (093) 〇〇〇 - ××××		
	被扶養者が移送を受けたときは、その方の	(フリガナ) 氏名	該当せず	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	脳出血	発症・負傷の原因を詳しく	自宅で倒れて意識を失った	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) マルマルチョウ	マルマルチョウ	移送後	移送回数	不承認区間
		〇〇町	から	〇〇町	まで	入院 入院外
移送を必要とする期間	令和 00年 00月 00日 から 令和 年 月 日 まで 1 日間					
移送を必要とする理由	最初にいった病院では設備が不十分なので、大きな病院に行った。					
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は	負傷後、まわりにいた通行人にタクシーを止めてもらい病院まで利用したため、その余裕がなかった。					
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 checked="" type="checkbox"/> 給与振込	(事業所名)	(株) 安川電機 または (Y E)			
事業者記入外の代	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