

健康保険(被保険者・家族)移送承認申請書・移送届

令和 年 月 日

オークマ健康保険組合理事長 殿

住所
被保険者の
氏名 _____ 印

下記のとおり申請します。

(被保険者が記入するところ)

被保険者証の 記号 - 番号	—	事業所 の名称	
傷病名		発病または 負傷の日	令和 年 月 日
発病または 負傷の原因			
移送を必要 とする理由			

(医師または歯科医師が記入するところ)

傷病名		移 送 年 月 日	令和 年 月 日
移送を必要とする 理由			
移送の方法 区間及回数		費用の見積額 (移送後のときは実費)	
上記のとおり移送の必要を認めます。			
令和 年 月 日			
住所			
医師又は歯科医師の			
氏名 _____ 印			
電話 ()			

やむを得ない事由 で移送後に届出る ときはその事由			
申請または届が被 扶養者に関するとき	氏名	生月 年 日	昭和 平成 令和
			続柄

[注意事項]

やむを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書を添えること。

[提出先] 健康保険組合へ直接提出してください。