

※	同 年 月 日	平成 年 月 日						資 得	年 月 日
移送承認伺	区 分	承認・不承認	常務理事	事務長	係員	担当		格 喪	年 月 日
	移送期日	平成 年 月 日						備	年 月 日
	移送区間	から まで						考	
	移送回数	回							

HOYA健康保険組合 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

(注意事項)

アこの申請(届)書は、歩行困難な患者を他の場所に移送する
 とき、HOYA健康保険組合へ提出し、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。
 イ標題の「被保険者」および「家族」の文字は、いずれか該当
 する方の文字をマルで囲んで下さい。
 ウ標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、⑩の各欄に
 「該当せず」と記入して下さい。

エ字句を訂正する場合は、誤った字句をまっ消して③欄の認
 印を押し、その上に正しい字句を記入して下さい。
 オ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
 為による傷病届を作つてこの書類に添付して下さい。
 カ証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所
 氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
 キ※印の欄は、記入しないで下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号		記号 番号	② 被保険者の 氏 名		③ 印			
	④ 被保険者の 現住所		〒						
	⑤ 事業所の 名 称								
	⑥ 傷 病 名				⑦ 発病または 負傷年月日	平成 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)			
	⑧ 発病または 負傷の原因		(移送(予定)年月日 平成 年 月 日)						
	⑨ 移送を 必要と する	理 由							
		区 間 回数	(ア) 区 間	から	經由	まで	(イ) 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		(ア) 氏 名			(イ) 生年 月日	大正 昭和 平成	年 月 日	(ウ) 被保険者 との続柄

医 者 が 記 入 す る と こ ろ	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		(ア) 区 間	から	經由	まで	(イ) 回 数	回
	⑮ 移送を必要と 認めた理由 (症状などを 入れて詳しく)							

うえの理由で移送の必要を認めます。

平成 年 月 日

保険医 { ⑯ 住所
⑰ 氏名

⑱

※受付日付印

--