

# 健康保険 ~~被保険者~~ 被扶養者 移送承認申請書 (届) (第 1 回)

スズキ健康保険組合理事長 殿

平成××年 7月14日 提出

(注意事項) ④③②① この承認申請を数回に分けて行う場合は、何回目かを記入してください。 ※にその理由を記入してください。 ③ 申請(届)にあたっては、この申請(届)書の裏面に移送を必要とする医師又は歯科医師の意見を受けてください。 ② 申請(届)に添付してください。 ① 申請(届)の添付書類が、外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の住所・氏名・勤務先が記載してあるもの)を添付してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号	1 - 33333	事業所の 名称	スズキ(株)		
	被保険者の 氏名と印	健保 太郎 (印)	所 属	(株)スズキ自販〇〇		
	資格取得 年月日	昭和 ××年 4月 1日 平成	被保険者の 住所・電話	〒431-0000 Tel.053-597-0000 (印) 浜松市西区〇〇町1-1-1		
	発病(負傷) 年月日	平成 ××年 5月 31日	資格喪失 年月日	平成 年 月 日		
	発病(負傷) 原因	重度の心室中隔欠損症が見つかったから				
	移送を必要 とした理由	近くの病院では、十分な心臓の手術ができないので、県内の大きな病院に移送することになった				
	※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	緊急で状態が悪化し、移送する前に、申請することができなかった				
被扶養者の 場合はその 氏名	健保 一郎	生 年 月 日	平成××年6月2日	続 柄	子	

技 官 意 見	承 認	期 間	年 月 日 日間
		区 間	回 料
	不 承 認	期 間	年 月 日 日間
		区 間	回 料
認 定 年 月 日 及 び 印			
平成 年 月 日			
承認・不承認 (印)			

移 送 承 認 決 議 書	承 認	決 定 伺	平成 年 月 日	
		期 間	年 月 日 日間	
	不 承 認	区 間	回 料	
		期 間	年 月 日 日間	
担 当		課 長	事務長	常務理事

## 移送を必要とする医師の意見書

傷 病 名	心室中隔欠損症
移 送 を 必 要 と す る 理 由	上記にて生命に危険な状態である。 治療手段として手術しか方法がなく、近くの病院では十分な治療が受けられないため
〔 症状、その他 具体的に記入 して下さい。 〕	
移 送 の 方 法 (乗り物の種類)	タクシー (〇〇病院 → 総合病院 〇〇〇〇)
区 間 ・ 回 数	
上記の通り移送の必要を認めます。	
平成××年 7月 14日	
医 療 機 関 名 称	総合病院 〇〇〇〇
所 在 地	静岡県静岡市〇〇
医 師 氏 名	〇〇 〇〇 (印)
電 話 番 号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇