移送承認伺
(事前申請)

承認・未承認		
常務理事	事務長	担当

承認月日 令和 年 月 日 承認番号 No.

未承認理由:

健康保険 移送承認事前申請書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名	健保 太郎		保険証	記号	56	番号	12345					
	移送対象者の氏名	健保 涼介	歳	生年月日	S・H・R	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	続柄	〇〇
	移送を必要とする理由	リハビリ療法専門コースがある病院へ転院するため											
	移送を必要とする区間	神奈川県〇〇市 △△総合病院					から	東京都〇〇区 □□病院		まで	同日に往復するときチェック		☐

移送を必要とする意見

医師が意見を記入する欄	傷病名	〇〇症											
	発病(負傷)の年月日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	発病(負傷)の原因				
	必要と認めた移送の区間	神奈川県〇〇市 △△病院					から	東京都〇〇区 □□病院		まで	同日に往復するときチェック		☐
	移送予定日	年					月		日				
	移送を必要と認めた理由 (病状等を入れて詳しく)	〇〇症の治療は経過観察で症状はほぼ安定していることが認められます。 後遺症として左脚と左腕にマヒが出ているのでリハビリ専門がある□□病院で 治療を受けることを認めます。											
	上の理由で移送を必要と認めます。 令和 年 月 日 医療機関の名称 △△総合病院 所在地 神奈川県〇〇市〇〇区〇〇町〇一〇一〇 医師名 〇〇 〇〇												

上記のとおり申請いたします。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

事業所名 〇〇〇〇

職場名 〇〇〇〇 (電話番号)

被保険者氏名 健保 太郎

ニコン健康保険組合 理事長 殿

申請者本人(被保険者) 確認欄

チェック この届出は、申請者本人(被保険者)が作成したものである。