

届書コード	処理区分	届書	処理区分
304	12		1:承認 2:不承認

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届

被保険者証の記号・番号		④ 生 年 月 日		⑤被扶養者番号	⑥給付記録番号	⑦ 受付年月日	
①	②	③	5:昭 7:平	年	月	日	※
⑧ 被保険者の(申請者)氏名		⑦ 名 称		④ 所在地		送信	
被保険者の(申請者)住所		⑨ 郵便番号	(フリガナ)		(電話番号)		
被扶養者が移送を受けたための請求であるときはその方の		⑩ 住所(コード)	⑤ 氏 名		⑥ 昭和 平成 令和	年	月 日 生
⑪ 傷病コード	⑫ カ ナ		⑬ 傷病名		⑭ 発病または負傷年月日(療養開始日)		⑮ 被保険者との続柄
⑯ 発病または負傷の原因		⑰ 第三者行為によるものですか		0:いいえ 1:はい			
⑰ 移送期間		(フリガナ)	(フリガナ)	⑱ 移送後入院外	⑲ 移送回数	⑳ 不承認区間	
移送を必要とする期間		承認(不承認)期間		不承認理由			
年 月 日から 年 月 日まで 日間		⑲※ (自)年 月 日(至)年 月 日		⑳※			
㉑ 移送を必要とする理由		㉒ 移送する前に申請できなかったときはその理由					
㉓ 承認(不承認)番号		㉔ 承認回数	㉕ 調査先コード	㉖ 海外表示	㉗ 特別承認コード	令和 年 月 日	
※		回		0:国内 1:海外		送信 受付年月日	

(被保険者への注意事項)

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、管轄の社会保険事務所へ提出し、移送にかかった費用の払戻しをうけるため承認をうけるものです。
 この書類を提出する前に、移送を行わなければならないときは、移送してからすぐに(一日か二日のうちに)急性の傷病のため、この書類を出す前に、移送を行わなければならないときは、移送してからすぐに(一日か二日のうちに)標題の「被保険者」および「家族」の文字をマルで囲んでください。
 標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、㉑欄に「該当せず」と記入してください。
 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して㉑欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入してください。
 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」を作ってこの書類に添付してください。
 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ください。
 ※印の欄は、記入しないでください。

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

㉑	傷 病 名
㉒	移 送 を 必 要 と す る 理 由 〔症状、その他〕 具体的に記入してください。
㉓	移 送 の 方 法 区 間 ・ 回 数
㉔	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 の 氏 名 電 話 (局) 番

(医師への注意事項)

数字または、文字を訂正する場合は、誤った数字または文字を抹消し、その部分へ㉔欄に押した印と同じ印を押してからその上に正しい数字または、文字を記入してください。

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--