

移送承認申請書

チェックポイント

常務理事	事務	課	担
------	----	---	---

事前に「移送承認申請書」を提出して、当健保の承認を得て下さい。やむを得ないと認めた際は、承認可決後に請求書を提出ください。
申請内容につき、ヒアリングさせていただく場合がありますので、予めご了承ください。

申請者の記入欄	被保険者	記号	番号	
		氏名		
	申請対象者氏名	富士通 みち子		被保険者との続柄 妻
	生年月日	昭和 50 年 4 月 19 日		
	傷病名	○○○○○		
	発病・負傷の原因	○○○○○		
	移送方法	○○○○○		
	移送区間	川崎市立○×病院	～	東京都○×病院
	移送期間	令和 6 年 3 月 1 日	～	令和 6 年 3 月 1 日
				1 日間
上記のとおり申請いたします。				
住所 神奈川県川崎市中原区上小田中 4-1-2 被保険者 署名 富士通 太郎 連絡先 080-○○○○-○○○○				

未記入は受付できません。
原因がわからない場合は「不明」の記載でも結構です。
それ以外は、詳細な経緯記入が必要です。

医師の証明欄です

医師の意見	患者氏名		傷病名	
	診療開始日	S・H・R		
	移送区間			
	移送期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
	患者に移送を指示した日		令和 年 月 日	
	移送を指示した理由(詳細に記入ください)	・移送を決定した際の治療状況および患者の状態 ・移送先医療機関の選定理由		
上記の理由により、移送の必要を認めます。				
令和 年 月 日 住所 医院名 医師名				

転院の際は自己都合ではなく、医師の指導のもとであるという記載があるかを確認してください。
※医師の指導のもとに該当しない場合は審査対象外

【事業所記入欄】

担当者名		備考欄	
------	--	-----	--

