常務理事	事務長	係　員

被保険者
被扶養者

移送承認申請書・移送届

被保険者が記入するところ	被保険者証等記号と番号	○○ － ○○○○○	被保険者氏　名	健　保　　太　郎	
	被保険者の現住所	〒　○○○－○○○○　○○市○○○区○○○丁目○－○○ ＴＥＬ　（　○○○）－　○○○－○○○○			
	事業所の名称	近畿日本鉄道株式会社　○　○　○			
	発病または負傷の年月日	令和　１年　１０月　１０日 （負傷の場合は　１０時頃）			
	発病または負傷の原因とその経過	□□山をハイキング中、滑落して、歩行が困難な状態になったため			
	移送を必要とする	理　由	搬送された△△△市民病院では十分な設備がなく手術ができないため、医師の指示により県立○○病院へ緊急に転院する必要があったため。		
		方　法	①　タクシー　　２．その他（　　）		
		区　間 回　数	△△△市民病院から　県立○○病院まで （　　経由）	１　回	
	移送をする前に提出できなかったときはその理由	緊急のため			
	傷病が第三者の行為によるときは別に「第三者による傷病届」を添付すること。				
	被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名		生年月日	年　月　日生	続柄	

赤字で記入している箇所をすべて記入してください。（不明な箇所があれば空白で結構です。）

（注意事項）

※この申請書（届）は、歩行困難な患者を他の場所に移送するとき等、近畿日本鉄道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、承諾を受けるためのものです。

受付日付印

<table>
<tr><td rowspan="4">医師が記入するところ</td><td>傷　　病　　名</td><td colspan="2">右太腿骨骨折</td><td>保険で療養を開始した日</td><td colspan="2">１年 １０月 １０日</td></tr>
<tr><td>必要を認めた移送の区間および回数</td><td>区間</td><td>△△△市民病院 から県立〇〇病院　まで
（　　経由）</td><td>回　数</td><td>１　回</td></tr>
<tr><td>太枠内の青色文字は医師が記入します。
移送を必要と認めた理由（病状などを入れて詳しく）</td><td colspan="5">□□□山で負傷され、当病院に搬送されましたが、大量の出血を伴い当病院では輸血を含む手術をする設備が十分に整っていなく、緊急に搬送する必要があったため、移送が必要と認めました。</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記理由により移送の必要を認めます。
令和　１ 年　10 月　30 日

所　在　地　△△△市△△町△△丁目△－△
電 話 番 号　△△△（△△△）△△△△
名　　称　△△△市民病院
医　師　名　△△　△△△</td></tr>
</table>

《移送費支給の用件》

移送費の支給は、次のいずれにも該当すると保険者が認めた場合に行われる。

（1）移送の目的である療養が、保険診療として適切であること。

（2）患者が療養の原因である病気・けがにより移動が困難であること。

（3）緊急その他やむおえないこと。