

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)		年	月	日	※	※				※	年	月	日		
※	0 0 0	0 0 0 0 0 0		0	0	4	0	1									
(8) 被 保 険 者 の (申請者) 氏 名 と 印			(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				(ア) 事 業 所 の 名 称	〇〇〇〇株式会社									
							(イ) 所 在 地	〇〇県〇〇市〇〇町 1									
(10) 被 保 険 者 の (申請者) 住 所			(9) 郵 便 番 号	0 0 0 0 0 0			(フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ										
			(10) 住 所 コード	※			〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 1										
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 扶 養 者 が 移 送 を 受 け た た め の 請 求 で あ る と き は そ の 者 の			(ウ) 氏 名				(エ) 生 年 月 日	年 月 日			(オ) 被 保 険 者 と の 続 柄					
	傷 病 名			腸 閉 塞			(11) 傷 病 コード	※			(13) 発 病 又 は 負 傷 年 月 日 (療 養 開 始 日)						
							(12) カ ナ	※			年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇						
	(カ) 発 病 又 は 負 傷 の 原 因			不 明			(14) 第 三 者 行 為 に よ る も の で す か 0 : い い え 1 : は い										
	(15) 移 送 区 間			(フリガナ) 〇〇胃腸クリニック から			(フリガナ) 〇〇〇〇病院 まで			(16) 移 送 後 入 院 外 0 : 入 院 1 : 入 院 外		(17) 移 送 回 数 回 1	(18) 不 承 認 区 間 0 : 無 1 : 有				
(キ) 移 送 を 必 要 と す る 期 間			承認/不承認 の 別		承認 (不承認) 期 間										不承認理由		
			(19) ※	(20) ※		(自)	年	月	日	(至)	年	月	日	(21) ※			
〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで 〇〇日間			(22) ※	(23) ※		(自)	年	月	日	(至)	年	月	日	(24) ※			
(ク) 移 送 を 必 要 と す る 理 由			〇〇胃腸クリニックには手術設備が整っていなかったため。														
(ケ) 移 送 す る 前 に 申 請 す る こ と が で き な か っ た と き は そ の 理 由			様態が急変し、緊急手術が必要だったため。														
(25) 承認 (不承認) 番号			(26) 承認回数	(27) 調査先コード	(28) 海外表示	(29) 特殊承認コード										年 月 日	
※			回		0 : 国 内 1 : 海 外											受 付 年 月 日	

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

(コ) 傷 病 名	
(サ) 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	
(シ) 移 送 の 方 法 区 間 ・ 回 数	
(ス) 上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 住 所 医師の 氏 名 印	

(医師への注意事項)

コ、ク、この書類は、移送を必要とした場合に保険者へ提出することになっておりますので、至急に作成し、「速やか提出するよう」に指示して下さい。
数字又は文字を訂正する場合は、誤った数字又は文字を抹消したうえ、その部分の(ス)欄に押した印とおなじ印を押してから、その上に正しい数字又は文字を記入して下さい。