

技官意見		技官印

(健保記入欄)		
常務理事	事務長	担当者

被保険者
家族
移送承認申請書・移送届

(注意事項)

ウ. 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」を記入し、この書類に添付して提出して下さい。

イ. 標題の「被保険者」および「家族」の文字は、いずれか該当する方の文字をマルで囲んで下さい。

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、エイベックス・グループ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ため承認を受けるものです。

被保険者記入欄	被保険者等	記号 番号	被保険者氏名	
	被保険者現住所	〒 —		
	事業所名称			
	傷病名		発病又は 負傷年月日	令和 年 月 日 (※負傷の場合： 時頃)
	発病又は負傷原因	【※移送(予定)年月日：令和 年 月 日】		
	移送理由			
	移送区間・回数	区間	から 経由	まで 回数
移送実施前に提出できなかった際にはその理由を記入				
移送対象者が被扶養者の場合に記入	氏名	生年月日	昭和 年 年 日 平成 年 年 日 令和 年 年 日	被保険者との続柄

療養担当医師記入欄	傷病名		保険で療養を開始した日	令和 年 月 日
	必要と認めた移送の区間・回数	区間	から 経由	まで 回数
	移送を必要と認めた理由 〔※症状などを入れて詳しく〕			
	上記の理由により移送の必要を認めます。 令和 年 月 日		医療機関 名称 医療機関 所在地 担当医師名	

