



区分	承認・不承認
移送期日	年 月 日
移送区間	から まで

承認決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当

資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
支給年月日	年 月 日

必ず記入捺印  
して下さい

被保険者  
被扶養者 移送承認申請書・移送届

事業所 C	事務担当

大日本印刷健康保険組合御中

社員番号 123456

住所 東京都新宿区矢来町 5-6-3

下記の通り申請いたします

被保険者

氏名 健保 太郎



必ず、捺印して下さい。

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者証	記号	XX	所 属	会社名	DNP XXXXX			
		番号	9999			第2工場	部	XXXX	課
	傷病名	心筋梗塞			発病又は負傷 の年月日	XX年 1月 12日			
	発病又は 負傷の原因	従来から心臓が弱っていたが、疲れと寒さで突然、発生。			第三者による ものですか	1. いいえ 2. はい			
	移送を 必要と する	理由	道で倒れた時、たまたま通りかかったタクシーに乗った。						
		区 間 回 数	区 間	新宿区矢来町 東京女子医大病院	から まで	方 法	タクシー	回 数	1 回

移送する前に  
提出できなかった  
時はその理由

急病のため

移送された者

氏名

健保 太郎

生年月日

XX年 6月 15日

続柄

本人

医 師 の 証 明 欄	傷病名	心筋梗塞			保険で診療を 開始した日	XX年 1月 12日		
	必要と認め た移送の区 間、回数	区 間	新宿区矢来町 東京女子医大病院	から まで	方 法	タクシー	回 数	1 回
	移送を必要 と認め た理由 (症状・その他 具体的に記入 してください)	患者、健保太郎は来院時の血圧XXX/XXX、脈拍XXであり、歩いて来院するには危険な状態であり、移送の必要があったと認められる。救急での処置としてまず、XXXを行い、経過を見ながら平行して〇〇〇を行った。現在、入院治療中である。						
	上の理由で移送の必要を認めます。	所在地	東京都新宿区河田町 1-25-4					
	XX年 2月 8日	保険医	東京女子医大病院					
		医師氏名	循環器内科 医師 山田健太郎					



医師の捺印をもらってください

XX年 2月 8日 提出

入力番号		点検者	
------	--	-----	--