

決 裁	常務理事	事務長	課 長	担当者

健康保険 移送承認申請書・移送届（被保険者・被扶養者）

<被保険者が記入するところ>

被保険者証の記号番号 または個人番号（マイナンバー）	—				事業所の名称		
被保険者の氏名							
傷病名				発病または負傷の年月日	年	月	日
発病又は負傷の原因							
移送（予定）年月日	令和	年	月	日			
移送を必要とする理由							
移送を必要とする区間・回数	区間	経由： から まで			回数	回	
被扶養者に関する申請のとき	氏名		生年月日		続柄		

<医師が記入するところ>

傷病名				療養の給付を開始した日	年	月	日
必要と認めた 移送の区間・回数	区間	経由： から まで			回数	回	
移送を必要と認めた理由 (症状などを入れて 詳しく記入してください)							
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日							
保険医の住所 〒 —							
氏名							
ナイスグループ健康保険組合理事長 殿							

⤵ 受付日付印