

資格情報のお知らせや資格確認書を確認して記入してください。

記号・番号が記載してある場合、マイナンバーの記入は不要です。

(在職中の方は勤務先の健康担当窓口経由でご提出ください。)

被保険者  
被扶養者

### 移送承認申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号	番号	事業所にて記入します。											
	事業所名	記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください													
	所 属														
	被保険者氏名	連絡先 <small>日中に連絡可能な電話番号等(内線不可)</small>													
	受 診 者 氏 名	続柄 受 診 者 生 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日													
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	発 病 又 は 負 傷 の 原 因									
	医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 称	備 考													

医療機関で記入して頂く欄となります。  
上記。被保険者記入欄を記入しましたら、医療機関にお渡してください。

健保使用欄です。空欄のまま提出してください。

注 1. 移送を要する場合はこの申請書を必ず事前に提出して承認の可否を得てください。

2. やむを得ない理由で事前に提出することができず事後承認を得ようとする場合は「届書」として、その理由を備考欄に記載してください。

【以下健保記入欄】

健保使用欄です。空欄のまま提出してください。

移送承認となった場合には、本通知書を貼付の上、移送費支給申請書にて請求してください。なお、否決された場合は移送費の対象となりません。ご決定でわからないことがある場合は健康保険組合にお尋ねください。  
また、この保険給付の決定に関し不服のある場合は、この決定通知を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書又は口頭によって社会保険審査官(関東信越厚生局内)に審査請求できます。また、その決定に不服があるときは、決定書の送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に社会保険審査会(厚生労働省内)に再審査請求をすることができます。  
なお、この決定の取消しの訴えは、決定があったことを知った日から6ヶ月以内(審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内)に、健康保険組合を被告として提起できます。ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。