

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日

承認	方法	
	回数	
	費用	円
不承認		

決議書			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者
被扶養者 移送承認申請書・移送届

健康保険組合理事長殿		年 月 日	
住所 被保険者 氏名		⑩	
下記のとおり申請します。			
被保険者証の 記号・番号	第.....号	事業所 の名称	
発病または負傷の 年 月 日	年 月 日		
傷病の原因			
医師 又は 歯科 医師 の 意見	傷病名	移送 年月日	
	移送を必要 とした事由		
	移送の方法 区間及回数	費用の見積額 (移送後のと きは実費)	
	うえのとおり移送の必要を認めます。 年 月 日 住所 医師又は歯科医師の 氏名		
已むを得ない事由で 移送後に届出るとき はその事由			
申請または届が 被扶養者に関す るとき	氏名	生年 月日	明大昭平 年 月 日 被保険 者との 続柄

(注) 已むを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書（自動車賃等公定のもの
は実際に移送を行ったことを証するに足るもの）を添えること。

被保険者
被扶養者

移送承認書

年 月 日

殿

健康保険組合

月 日付申請の移送の件

下記の通り承認します。

傷病名		移 送 区 間 回 数	
患 者 氏 名	(年 月 日生)	被 保 險 者 と 続 柄	