

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 移送承認申請書・移送届
被扶養者

年 月 日				
健康保険組合理事長殿				
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 ⑩			
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（汽車賃等公定のもの
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	