

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 住所 ○○県○○市○○町1-1 被保険者 氏名 健保 太郎		○○年 ○○月 ○○日
下記のとおり申請します。		
被保険者証の 記号・番号	第 000 00000 号	事業所 の名称 ○○○○株式会社
発病または負傷の 年 月 日	○○年 ○○月 ○○日	
傷病の原因	不明	
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に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	