

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日

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		

承認	方法	
	回数	
	費用	円
不承認		

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			印
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 医師または歯科医師の 氏名		
やむを得ない事由 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) や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
は実際に移送を行な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		移送回数	送間数
患者氏名	(年 月 日生)	被保険者続柄	