

受付年月日	年	月	日
伺 年月日	年	月	日
決裁年月費	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 _____ 印
下記のとおり申請します。

被保険者証の 記号・番号	記号() - 番号()	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 _____ 印		
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	昭平令 年 月 日 被保険者 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(電車賃等公定のもの
は実際に移送を行ったことを証するのに足るもの)を添えること。