

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

承認	方法	
	回数	
	費用	円
不承認		

決 裁 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		-		事業所の名称			
発病または負傷の 年月日							
傷病の原因							
医師 または 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 区間及び回数			費用の見積額 (移送後の時は実費)			
	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	
						⑩	
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(自動車貸公定のもの
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。