

| | |
|-------|-------|
| 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

| | | | |
|---|----------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 健康保険組合理事長殿 | | 年 月 日 | |
| 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 医師又は歯科医師の 氏名 印 | | | |
| 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)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。