

支給決議書			移送期日	令和 年 月 日
常務理事	事務長	係	移送区間	から まで
			資格取得	昭・平・令 年 月 日
			資格喪失	令和 年 月 日

上記は記入しないでください。

被保険者

被扶養者

移送承認申請書（届）

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 1010 番号 99999	被保険者の 氏名と印	健保 太郎	印
	被保険者の住所	〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○○県○○市○○町 1-2-3			
	会社名および所属	日本無線株式会社		○○ 部	○○ 課
	被扶養者が移送 受けたとき	被扶養者氏名 健保 一郎	生 年 月 日 昭・平・令 XX 年 X 月 X 日	続 柄 父	
	傷 病 名	脳梗塞	発病または負傷日	平・令 X 年 X 月 X 日	
	発病または負傷の 原因および経過	不詳			
	移 送 を 必 要 と す る	理 由	離島で医療設備が十分でなく、手術のため、転院		
		区 間	船 ○○島診療所 から 経由 ○○県立病院 まで 1 回		

医 師 の 証 明	傷 病 名	療養開始日	平・令 年 月 日
	区間および回数	から	経由 まで 回
	移送を必要と 認めた理由	上記の理由で移送の必要を認めます。	
	令和 年 月 日	医療機関名 住 所 医 師 名	医師の証明 印