承認	常務理事	事務長	担 当

健康保険

被保険者
被扶養者　移送承認申請書・移送届

被保険者が記入するところ	被保険者	記号番号　－	事業所名		
		氏 名　印			
		住 所　〒			
	移送該当者	氏 名	生年月日	続柄	
		住 所　〒			
	移送区間	か ら			
	移送年月日	年　月　日	利用交通機関		

医療機関が記入するところ	傷 病 名	
	移送を必要とする理由	
	区間:自　区間:至 上記の理由により　から まで 移送が必要であると認めます。 年　月　日 名　称 保険医(主治医) 所 在 地 氏　名	

＊この申請書は歩行が困難な被保険者及び被扶養者を移送しなければならない時
移送に要した費用を受給する承認を受けるためのものです。

受 付 印