

(被保険者→健康保険組合)

承認	方法	
	区間	から まで
	期日	年 月 日
	費用	回分 円
不承認		

決定	令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者		

被保険者
被扶養者

移送承認申請書・移送届

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

(被保険者)

住所

氏名

下記のとおり申請します

被保険者証の 記号と番号	記号 番号		事業所の 名称				
資格取得	令和 年 月 日		資格喪失	令和 年 月 日			
申請・届が 被扶養者のとき	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄		
傷病名			発病または 負傷年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			
傷病の原因							
移送を必要 とする	理由						
	区間	から 経由 まで	回数	回	費用	円	
移送をする前に 提出できなかった ときはその理由				移 年 月 日 送 日	令和 年 月 日		

医師の 意見	傷病名				移 年 月 日 送 日	令和 年 月 日	
	移送を必要 とした事由						
	移送の方法 区間及回数	移送 方法	区間	から 経由 まで	回数		

上記のとおり移送の必要を認めます

年 月 日

名称

医療機関 住所

医師名