

※ 組 合 記 入 欄	区分	<input type="checkbox"/> 事前申請 <input type="checkbox"/> 事後届		決定標準報酬月額	常務理事	事務長	担当者	
	<input type="checkbox"/> 承認	方法			千円			
		回数			資格等	取得	昭和 平成	年 月 日
		費用				喪失	令和	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 不承認	理由			備考			

健康保険 被保険者 家 族 移送承認申請書・移送届

日揮健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 申請・届出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号 番号	② 勤務している、または 勤務していた事業 所（会社）の名称		(任継者は「任意継続被保険者」、特退者は「特例退職被保険者」と記入してください。)			
	③ 被保険者氏名	④ 生 年 日 月 平成		昭和 年 月 日			
	⑤ 申請または届が 被扶養者または 関するにき	⑦ 氏名	⑧ 生 年 日 月 平成	昭和 年 月 日		⑨ 被保険者との 続柄	
	⑥ 申請者または 届出者の住所	〒					
	⑦ 発病または負傷 の年 月 日	令和 年 月 日					
	⑧ 傷病の原因						
	⑨ 已むを得ない事由 で移送後に届出 るときはその事由						

医 師 ま た は 歯 科 医 師 の 意 見	⑩ 傷病名	⑪ 移 送 の 日 年 月 日		令和 年 月 日			
	⑫ 移送を必要 とした事由						
	⑬ 移送の方法 区間および回数	⑭ 費用の見積額 〔 移送後の ときは実費 〕		円			
	上記のとおり移送の必要を認めます。		令和 年 月 日				
住所		⑮ 医師または歯科医師の 氏名					
		⑯					

事業所  
担当者印

(注意事項)

1. 事前に申請をする場合は、「移送届」の文字を二重線で消して下さい。
2. 事前に移送承認申請をする場合は、費用の見積額を添付して下さい。
3. 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（自動車賃等公平のものは実際に移送を行なったことを証するに足るもの）の写を添付して下さい。

※ 受付日付印