

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

事業所名	
------	--

日付はすべて和暦で記入してください

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記 号			被保険者氏名					
		番 号			生年月日	年	月	日		
	資格取得日	年		月	日	資格喪失日	年	月	日	
	受診者が扶養者に 関する申請のとき	被扶養者氏名								
		生年月日	年		月	日	続 柄			
	傷病名			発病または 負傷年月日			年	月	日	
	発病または 負傷の原因									
	移送を必要 とする理由									
事後に届け出る 場合はその理由										
医 師 の 意 見	傷病名			保険で療養を 開始した日			年	月	日	
	移送を必要と 認めた理由									
	付き添いを必要と 認めた理由									
	入院した病院または 診療所の名称			入院した 期間	年	月	日から	月	日まで	日間
	移送の経路 及び方法									
	上記のとおり移送の必要を認めます。 年 月 日 住所 医師の 氏名 印									
事業主の証明	上記のとおり相違ないことを証明します 年 月 日 所 在 地 事業所名 事業主名 印							受 付 印 資生堂健康保険組合		