

この用紙が必要なときは、資生堂健康保険組合までご連絡ください。

記入見本

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	
------	--

(従業員番号: 0000000)

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	〇 〇	被保険者氏名	花 椿 太 郎
		番 号	〇〇〇〇〇〇	生年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	資格取得日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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	脳こうそく	発病または負傷年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	発病または負傷の原因	高 血 圧			
	移送を必要とする理由	手術の設備がないため			
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 年 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	受 付 印		
	所 在 地				
	事業所名 事業主名		印	資生堂健康保険組合	

□内は医師より必要事項を記入してもらってください。

事業所所在地・事業所名・事業主名を記入し、事業主印を押してください。

提出日を記入してください。

※任意継続加入者は直接健康保険組合へ提出してください。

2008.10.01