（R6.12）

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（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者等 記号・番号 （左づめ）	記号　　番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ）	生年月日　1．昭和 2．平成 3．令和　　年　　月　　日
住所	（〒　　－　　）　都道府県	
電話番号 （日中の連絡先）	TEL　　（　　）	

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

申請内容

移送を受ける方	☐ 被保険者・☐ 被扶養者　（氏名　　）
移送を受ける方の 生年月日及びその続柄	生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日　　続柄（　　）
傷病名	第三者行為によるものですか　はい ・ いいえ
発病または負傷の原因	
発病または負傷の年月日	令和　　年　　月　　日
移送を必要とする理由	
移送前に提出できなかったときはその理由	

医師・歯科医師記入欄

患者氏名	
傷病名	
移送を必要と認めた理由	
移送方法	
移送区間及び回数	

上記のとおり移送の必要を認めます。　　令和　　年　　月　　日

所在地

医療機関名称

医師・歯科医師の氏名　　㊞

受付日付印

雪の聖母会健康保険組合