

決 議 書						
受付年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長
同年月日	平成	年	月	日		
決済年月日	平成	年	月	日		
承認	方法					
	回数	資格取得年月日 平成 年 月 日				
	費用	資格喪失年月日 平成 年 月 日				
不承認	支払年月日				平成	年 月 日

被保険者  
被扶養者

移送承認申請書・移送届

被保険者証の 記号番号	—	事業所の名称				
発病又は負傷 の年月日	年 月 日					
負傷の原因						
医師 又は 歯科 医師 の 意見	傷病名					
	移送を必 要とした事 由	移送年月 日	年	月	日	
	移送の方法 区間及回数	移送費に見積額 (移送後の時は実費)	円			
上のおり、移送の必要を認めます。 年 月 日						
医師又は歯 科医師の 住所		〒 —				
氏名		Ⓜ				
已むを得ない自由で移送 後に届出るときはその事 由						
申請または届が被扶養者 であるとき	氏 名	明 昭 大 平	年	月	日	
被保険者 との続柄						
上記のとおり申請します。 年 月 日						
日本事務器健康保険組合		理事長 殿				
被保険者 住所		〒 —				
氏名		Ⓜ				

き  
り  
と  
り  
線

被保険者 被扶養者		移 送 承 認 書	
年 月 日			
殿			
健康保険組合			
月 日付申請の移送の件			
下記の通り承認します。			
傷病名		移 送 区 間 回 数	
患 者 氏 名	( 年 月 日 生)	被 保 險 者 と の 続 柄	

(注)已むを得ない自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  
(自動車賃等公定のものには実際に移送を行ったことを証するに足もの)を添えること。