

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	平成・令和 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。 令和 年 月 日					
医師又は歯科医師の住所		〒 —			
氏名					印
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	昭・平・令	年	月	日生
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					
被保険者連絡先記入・署名欄		住所 〒 —			
氏名					印

(注)や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(電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るもの)を添えること。

・被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。
・備考欄にマイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
備考()

き
り
と
り
線

被保険者 被扶養者	移送承認書	
令和 年 月 日		
殿		
日本事務器	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)	被保険者との続柄	