支給決議書			移送期日	令和 年 月 日
常務理事	事務長	係	移送区間	から まで
			資格取得	昭・平・令 年 月 日
			資格喪失	令和 年 月 日

上記は記入しないでください。

被保険者

移送承認申請書（届）

被扶養者

令和 X年 X月 X日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。
訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

* 被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書(R7.12.1 までは健康保険証)、④事業所の健康保険担当部門(担当者)のいずれかでご確認ください。

日本無線健康保険組合 御中

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	* 被保険者等 記号・番号	記号	1010	被保険者の 氏名	健保 太郎			
		番号	99999					
	被保険者の住所	〒	〇〇〇	—	〇〇〇	〇〇	〇〇	
		〇〇県 〇〇市 〇〇町 1-2-3						
	会社名および所属	日本無線株式会社			〇〇部	〇〇課		
	被扶養者が移送 受けたとき	被扶養者氏名		生年月日			続柄	
		健保 一郎		昭・平・令 XX年 X月 X日			父	
	傷病名	脳梗塞		発病または負傷日		令和 X年 X月 X日		
	発病または負傷の 原因および経過	不詳						
	移送を 必要と する	理由	離島で医療設備が十分でなく、手術のため、転院					
	区間	船 〇〇診療所 から 経由 〇〇県立病院 まで 1回						

医 師 の 証 明	傷病名		療養開始日	令和 年 月 日	
	区間および回数	から	経由	まで 回	
	移送を必要と 認めた理由				
	上記の理由で移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 医療機関名 住所 医師名	医師の証明			

【事業主確認欄】（確認後、に✓をしてください）

本請求書（届出書）の提出に当たり、被保険者及び関係者が正しく記載し、記載内容に誤りがないことを確認しました。また、誤りがある場合は、正しく訂正されていることを確認しました。