

承認	方 法	
	回 数	
	費 用	
	不 承 認	

決 議 書				
理事長	常務理事	事務長	担当者	
資 格 取 得		年	月	日
資 格 喪 失		年	月	日

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 が 記 入 す る と こ ろ	黒崎播磨健康保険組合理事長 殿					年 月 日		
	〒							
	住 所							
	氏 名							
	Tel					()		
	下 記 の と お り 申 請 し ま す 。							
	被保険者等の 記号番号	記 号		番 号		事 業 所 名	黒崎播磨株式会社	
	申 請 が 被 扶 養 者 の と き	氏 名				生 年 月 日	年 月 日	被保険者 との続柄
	傷 病 名					発 病 ・ 負 傷 の 年 月 日		
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因					第三者行為によるものですか は い ・ い い え		
移送を必要と する 理 由								
移 送 す る と き に 申 請 で き な か っ た と き は そ の 理 由								

医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	傷 病 名		診 療 開 始 年 月 日	年 月 日
	移送を必要と 認めた理由 症状その他 具 体 的 に		費用の見積額 移 送 後 の と き は 実 費	円
	移送の方法		移送年月日	年 月 日
	移送の区間		移 送 回 数	回
	上 記 の 通 り 移 送 の 必 要 を 認 め ま す 。			
	年 月 日 住 所 医療機関名 氏 名 Tel ()			

(注) 2. 1. 移や外傷の場合には「負傷原因理由書」を添付して下さい。領収書又は証明書「公共交通機関のものは実際に