

承認	常務理事	事務長	担当者	承認書交付年月日	備考
				令和 年 月 日	

被 保 険 者

移送承認申請（届）書

被 扶 養 者

被保険者証の 記 号 ・ 番 号	—		事業所の名称			
傷 病 名			発病又は負傷年月日	年 月 日		
発 病 又 は 負 傷 の 原 因						
移 送 を 必 要 と す る 理 由						
移送をする前に 申請することが 出来なかった時 はその理由						
移 送 区 間	から		まで		移 送 後 入 院 外	
					イ．入院 ロ．入院外	
移送を受ける者 が被扶養者であ る時はその者の	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	被保険 者との 続 柄	

上 記 の と お り 申 請 （ 届 ） し ま す 。

令和 年 月 日

ク ラ シ エ 健 康 保 険 組 合 御 中

被保険者

住 所

氏 名

電話番号

移送を必要とする意見書

傷病名	
移送を必要とする事由	
主症状並びにその経過の概要	
移送の方法 区間及び回数	

上記の事由で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

電話番号