

常務理事		事務長		係	
------	--	-----	--	---	--

受付日付印

見本

移送承認申請書

被保険者証の 記号・番号	11 — 12345	標準報酬 等級	第 21 級	事業所 の名称	TOYO TIRE(株) 本社	
被保険者氏名	健保 太郎	移送が必要と なった者の氏名	健保 太郎		被保険者 との続柄	
発病又は 負傷の年月日	2019年4月7日	発病又は負傷 の 原因	不詳			
医師が 意見を書 くところ	傷病名	移送の日時				
	付添い人が同行した 場合その氏名及び 本人との関係	()		移送の方法		
		()				
	移送を必要とする事由					
上記の通り相違ありません。 医療機関 住所名称 医師氏名 (印)						

・付添い人による医療行為があった場合、療養費の請求（医師の証明）が出来ます。

被保険者（本人）が記入するところ	経路略図（移送先までの経由地名もご記入ください）	
	神戸大学医学部附属病院より、阪神高速（柳原入口）から山陽自動車道へ入り岡山インターで降りて、岡山大学医学部附属病院へ移送	
	上記によって申請します。	被保険者の住所 〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇
	2019年11月10日	電話 (000)0000-0000
	TOYO TIRE健康保険組合殿	氏名 健保 太郎 (健保)
		従業員No. 〇〇〇〇

被保険者 被扶養者 に 関する 事業主の証明	上記のとおり相違ないことを 証明します。 年 月 日	事業主の 住所 名称 氏 名 印	(印)
------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	-----