

【改訂：2022年10月】

承認伺		年	月	日	常務理事	事務長	担当者			
資格	得	年	月	日	承認期間	自	年	月	日	日間
	失	年	月	日		至	年	月	日	
扶養認定年月日		年	月	日	移送期間		から		まで	

移送承認申請(届)書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号 番号	記号 番号	被保険者 氏 名							
	被保険者の 現住所	〒()								
	被保険者の 職場名					職場の 電話番号				
	発病又は負傷 の年月日	平成	年	月	日	移送年月日	令和	年	月	日
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因					金 額	円			
	移送する前に申請することが できなかったときはその事由									
	被扶養者が移送を受けるものであるときは、その者の 氏 名			生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄	

医 師 の 記 入 欄	傷 病 名									
	移送を必要 とした事由									
	移送の方法 区間及び回数									
上記のとおり移送の必要を認めます。 年 月 日 住 所 医療機関名 医師 氏名 (印)										

ご記入いただいた個人情報は、移送承認申請にのみ利用させていただきます。

上記のとおり申請いたします。

年 月 日 〒 ()

YKK健康保険組合理事長 殿

被保険者住所

被保険者氏名

(印)

【提出先およびお問い合わせ先】
YKK健康保険組合 (締切日:毎月18日)
〒938-8601 富山県黒部市吉田200
TEL:(外線)0765-54-8650 (内線)772-3920
FAX:(外線)0765-57-0326 (内線)772-3929

(自署の場合のみ押印省略可)

Y K K 健康保険組合