

【改訂：2022年10月】

承認伺 令和 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				
扶養認定 年月日		年 月 日	移送区間	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						

■ 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 〒 ()

Y K K健康保険組合理事長 殿

被保険者住所

【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

被保険者氏名



(自署の場合のみ押印省略可)

Y K K 健康 保 険 組 合