

# 健康保険 被保険者 被扶養者 移送承認申請書 (届) (第 回)

スズキ健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日 提出

## 移送を必要とする医師の意見書

(注意事項)

④③②① この承認申請を数回に分けて行う場合は、何回目かを記入してください。  
③ 申請(届)にあたっては、この申請(届)書の裏面に移送を必要とする医師又は歯科医師の意見を受け付けてください。  
② 事前に申請することができなかった場合は、標題を「移送届」とし、※にその理由を記入してください。  
① 申請(届)に添付してください。  
④ ③の意見書が、外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の住所・氏名・勤務先が記載してあるもの)を添付してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号	—	事業所の 名称	所 属	
	被保険者の 氏名と印		被保険者の 住所・電話	〒	TEL
	資格取得 年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	資格喪失 年月日	平成 年 月 日	
	発病(負傷) 年月日	平成 年 月 日	移送の 年月日	平成 年 月 日	
	発病(負傷) 原因				
	移送を必要 とした理由				
	※移送する前に 申請することが 出来なかったと きはその理由				
被扶養者の 場合はその 氏名		生年 月日	年 月 日	続 柄	

技 官 意 見	承 認	期間	年 月 日 日間
		区間	回 料
	不 承 認	期間	年 月 日 日間
		区間	回 料
認 定 年 月 日 及 び 印		平成 年 月 日	
承認・不承認		⑤	

移 送 承 認 決 議 書	決定伺	平成 年 月 日	
	承 認	期間	年 月 日 日間
		区間	回 料
	不 承 認	期間	年 月 日 日間
		区間	回 料
担 当	課 長	事務長	常務理事

傷 病 名	
移 送 を 必 要 と す る 理 由  〔 症状、その他 具体的に記入 して下さい。 〕	
移 送 の 方 法 (乗り物の種類)  区 間 ・ 回 数	
上記の通り移送の必要を認めます。  平成 年 月 日  医療機関 名 称 所在地 医師氏名 電話番号	⑥