PD

承認伺　平成　　年　　月　　日	常務理事	事務長	担当者

資格			承認期間	
	得	平成　　年　　月　　日		自　平成　　年　　月　　日 至　平成　　年　　月　　日　　日間
	失	平成　　年　　月　　日		
扶養認定年月日		平成　　年　　月　　日	移送区間	から　　まで

{被保険者／被扶養者}移送承認申請(届)書　(第　　回)

被保険者が記入するところ					
	①被保険者証の記号と番号	記号 番号	②被保険者の氏名		③　㊞
	④被保険者の現住所				方
	⑤事業所の名称				
	⑥発病又は負傷の年月日	年　月　日	⑦移送年月日	年　月　日	
	⑧発病又は負傷の原因				
	⑨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				
	⑩被扶養者が移送を受けるものであるときは、その者の				
	ｱ. 氏名		ｲ. 生年月日		ｳ. 被保険者との続柄
	⑪備考				

医師または歯科医師が記入するところ		
	⑫傷病名	
	⑬移送を必要とした事由	
	⑭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。

平成　　年　　月　　日

医師又は歯科医師　⑮住所　⑯氏名　㊞

上記のとおり申請いたします。

平成　　年　　月　　日

（〒　　）

住所

被保険者

氏名　㊞

ＹＫＫ健康保険組合理事長　殿

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。