

至 事業所健保窓口経由 三井住友トラストグループ健康保険組合

承認	移送承認書発行	年 月 日
	移送方法・回数	
	費用	円
不承認		

常務理事	事務長	担当者

被保険者
家族

移送承認申請書・移送届

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者等	記号 番号	被保険者氏名				
	傷病名			発病又は負傷 の年月日	年 月 日		
	発病又は負傷の原因						
	移送の方法 (区間・回数)			費用の見積額 (移送後は実費)	円		
	被扶養者に関する申請のとき	氏名		生年月日	昭平令	年 月 日	被保険者との続柄
	已むを得ない事由で 移送後に届出るとき はその事由(注)						
	上記のとおり申請します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 〒 住 所 被保険者の氏名 電 話						

医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見 書	傷病名			移送年月日	年 月 日	
	移送を必要とした事由					
	上記のとおり移送の必要を認めます。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 〒 所 在 地 医療機関の名称 医師の氏名 電 話 【記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。】					

(注) 已むを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、費用の領収書を添付すること。

受付日