

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	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	被保険者氏名	健保 太郎				
	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)	□□□□□による移送 □□□□□病院 → □□□□□病院 (〇回)							
	被扶養者に関 する申請のとき	氏 名	健保 花子			生年月日	昭 平 令 △△年△△月△△日	被保険者 との続柄	妻
	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。 三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住 所 □□□□□□□□□□ 被保険者の氏 名 健保 太郎 電 話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 △△年 △△月 △△日								

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。 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 所 在 地 □□□□□□□□□□ 医療機関の 名 称 □□□□□病院 医 師 の 氏 名 □□ □□ 電 話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 【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。】 △△年△△月△△日					

(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