

承認	方法	
	回数	
	費用	円
不承認		

受付	年	月	日
決定	年	月	日
決議書			
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支給年月日	年	月	日

被保険者 被扶養者				移送承認申請書・移送届			
				年 月 日			
テルモ 健康保険組合理事長殿							
				住所 被保険者			
				氏名		印	
下記のとおり申請します。							
被保険者証の記号と番号		第 _____ 号		事業所の名称			
発病または負傷の年月日		年 月 日					
傷病の原因							
医師の意見	傷病名		移送年月日				
	移送を必要とした理由						
	移送の方法 区間及回数		費用の見積額 (移送後のときは実費)				
うえのとおり移送の必要を認めます							
				年 月 日			
				住所 保険医			
				氏名		印	
已むを得ない事由で移送後に届出るときはその理由							
申請または届が被扶養者に関するとき		氏名		生年月日	年 月 日		被保険者との続柄

(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、領収書または証明書(自動車賃等公定のもの)は実際に移送を行ったことを証するに足るもの)を添えること。

被保険者
被扶養者

移送承認書

年 月 日

殿

テルモ健康保険組合

月 日付申請の移送の件

下記の通り承認します

傷病名		移送 区間 回数	
患者 氏名	(年 月 日生)	被保険 者との 続柄	