

移 送 承 認 伺
(事 前 申 請)

承認 ・ 未承認		
常務理事	事務長	担当

承認月日	令和 年 月 日	承認番号	No.
------	-------------------------	------	-----

未承認理由：

健康保險 移送承認事前申請書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名			保険証		記号		番号		
	移送対象者の氏名		歳	生 年 月 日	S・H・R	年	月	日	続柄	
	移送を必要とする理由									
	移送を必要とする区間	から まで (移送予定日 年 月 日)						同日に往復するときチェック		☐

医 師 が 意 見 を 記 入 す る 欄	移送を必要とする意見						
	傷病名						
	発病(負傷)の 年月日	平成 令和	年	月	日	発病(負傷)の 原因	
	必要と認めた 移送の区間	から			まで	同日に往復する ときチェック	☐
	移送予定日	年			月		
	移送を必要と 認めた理由 (病状等を入れて 詳しく)						
上の理由で移送を必要と認めます。 令和 年 月 日 医療機関の 名 称 所在地 医師名 _____							

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	上記のとおり申請いたします。		
	令和	年	月 日
	事業所名 _____		
	職 場 名 _____ (電話番号 _____)		
	被保険者氏名 _____		
ニコン健康保険組合 理事長 殿			
申請者本人(被保険者) 確認欄			
☐ チェック		この届出は、申請者本人(被保険者)が作成したものである。	