住友ベークライト健康保険組合理事長殿

**記入例**

■ 被保険者
□ 被扶養者

| 健康保険組合 | | |
|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

| 事業所担当課 | |
|---|---|
| 部課長 | 担当者 |
| | |

# 移　送　承　認　申　請　書（　届　）

受付年月日　令和　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者が記入する所 | 被保険者証の記号・番号 | 記号 × 第 ××××× 号 | 被保険者の氏名 | 住 べ 太 郎 | 印 |
| | 被保険者の現住所 | 神奈川県横浜市中区〇〇×-×-× | | | |
| | 被保険者の勤務する事業所の名称 | ■ 住友ベークライト株式会社　□ 住ベテクノプラスチック株式会社<br>□ 九州住友ベークライト株式会社　□ 秋田住友ベーク株式会社　□ 住ベシート防水株式会社 | | | |
| | 発病または負傷の日 | 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 | 発病または負傷の原因 | 不詳 | |
| | やむを得ない理由で、事後において届け出るときはその理由 | 入院先の病院では行えない検査を緊急に他の医療機関で行う必要が生じたため | | | |
| | 申請又は届が被扶養者に関するときはその者の | 氏名 | | | |
| | | 生年月日 | □昭和 □平成 □令和　年　月　日 | | |
| | | 被保険者との続柄 | | | |

## 移　送　を　必　要　と　す　る　意　見　書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 医師又は歯科医師が意見を記入するところ | 傷病名 | | | | |
| | 移送年月日 | 令和　年　月　日 | | | |
| | 移送を必要とした理由 | | | | |
| | 移送の方法・区間及び回数 | | 費用の見積額 | | 円 |
| | 上記の理由で看護の必要を認めます。<br>令和　年　月　日<br>医師又は歯科医師　住所<br>氏名　印 | | | | |

令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 提出

申告頂いた個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に管理し、組合が定める「情報の利用目的」以外には使用しません。

20200313

| 健康保険組合 | | |
|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

□ 被保険者
□ 被扶養者

# 移　送　承　認　書

発行年月日　令和　　年　　月　　日

令和　　年　　月　　日

住友ベークライト健康保険組合

殿

令和　　年　　月　　日付申請された移送の件、下記の通り

承認します。

| | | |
|---|---|---|
| 傷病名 | | |
| 移送区間 | | |
| 被扶養者の場合 | 氏名 | |
| | 生年月日 | □ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日 |
| | 被保険者との続柄 | |