

|      |                           |
|------|---------------------------|
| 移送期間 | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日 日間 |
| 移送区間 |                           |
| 移送回数 |                           |

| 健保捺印欄 |     |    |     |
|-------|-----|----|-----|
| 常務理事  | 事務長 | 室長 | 担当者 |
|       |     |    |     |

平成 年 月 日

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿

### 被保険者・被扶養者移送承認申請書

|  |  |          |    |  |                |             |       |        |  |
|--|--|----------|----|--|----------------|-------------|-------|--------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ   | 被保険者証<br>の記号番号                         | — ※      |    |  |                |             |       |        |  |
|  | 被保険者の<br>氏 名                           |          |    |  | 生年<br>月日       | 大<br>昭      | 年 月 日 |        |  |
|  | 被 保 険 者<br>の 現 住 所                     |          |    |  |                |             |       |        |  |
|  | 事 業 所 名                                |          |    |  |                |             |       |        |  |
|  | 傷 病 名                                  |          |    |  | 傷病または<br>負傷年月日 | 平成          | 年 月 日 |        |  |
|  | 発病または<br>負傷の原因                         |          |    |  |                |             |       |        |  |
|  | 移送<br>を必<br>要と<br>する                   | 理由       |    |  |                |             |       |        |  |
|  |  | 区間<br>回数 | から |  |                | まで          | 回     |        |  |
|  | 移送をする<br>前に提出で<br>きなかつた<br>ときはその<br>理由 |          |    |  |                |             |       |        |  |
| 医<br>師<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ   | 被扶養者が<br>移送を受け<br>たとき                  | 氏名       |    |  | 生年<br>月日       | 大<br>昭<br>平 | 年 月 日 | 続<br>柄 |  |
|  | 傷 病 名                                  |          |    |  | 療養を開始<br>した日   | 平成          | 年 月 日 |        |  |
|  | 移送を必<br>要と認め<br>た                      | 理由       |    |  |                |             |       |        |  |
|  |  | 区間<br>回数 | から |  |                | まで          | 回     |        |  |
| <p>うえの理由で移送の必要を認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>名 称</p> <p>医療機関 所在地</p> <p>保険医氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |  |          |    |  |                |             |       |        |  |