



区分	承認・不承認
移送期日	年 月 日
移送区間	から まで

承認決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当

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		<table border="1"><tr><td>事業所 C</td><td>事務担当</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		事業所 C	事務担当		
事業所 C	事務担当								
大日本印刷健康保険組合御中			社員番号						
			住所						
下記の通り申請いたします			被保険者						
			氏名 (印)						

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証		記号		所 属	会社名				
			番号			部 課				
	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						第三者による ものですか	1. いいえ 2. はい		
	移送を 必要と する	理 由								
		区 間 回 数	区 間	から まで	方 法		回 数	回		
移送する前に 提出できなかった 時はその理由										
移送された者		氏 名		生年月日	年 月 日	続柄				

医 師 の 証 明 欄	傷 病 名				保険で診療を 開始した日	年 月 日			
	必要と認めた移送 の区間、回数		区 間	から まで	方 法		回 数	回	
	移送を必要と 認めた理由 (症状・その他 具体的に記入 してください)								
	上の理由で移送の必要を認めます。		年 月 日		所在地 保険医 名称 医師氏名				

年 月 日 提出

入力番号		点検者	
------	--	-----	--