

支給決定伺		支給決定 令和 年 月 日		
承認区間		常務理事	事務長	担当者
自				
至				

被保険者  
 被扶養者

移送承認申請書

被保険者証記号	6010	被保険者証番号	1234567	枝番	01	
移送対象者	氏名	兼松 一郎	生年月日	S 30年 7月 5日	続柄	父
傷病名	くも膜下出血		発病又は負傷の年月日	R 1年 5月 12日		
移送年月日	R 1年 10月 13日	移送に要する費用額	20,000 円			
発病又は負傷の原因	クモ膜下の血管破裂したことによる軽度の麻痺		移送の方法及び区	自	××病院/港区虎ノ門	
				至	〇〇病院/板橋区高島平	
				方法	介護・救急タクシー	
医師の意見欄	医師の証明を貰ってください。					

兼松健康保険組合理事長殿

令和 1 年 9 月 30 日上記により申請します。

被保険者氏名 兼松 太郎

受付印

◎請求上の注意  
一、この様式は、被保険者又は被扶養者が療養のため入院又は転地療養を必要とするような場合にその承認の申請をするものです。  
二、この申請をするときはこの様式に記入の上、医師の証明を受けて健保組合に提出して下さい。  
三、やむを得ない事由で事後に届出るときは、その事由を記載した書面を添付して下さい。

\*記号番号の代わりに個人番号を記入する事も可能です。  
個人番号を使用されたい場合は、被保険者番号欄に12ケタの個人番号をご記入下さい。