

承認	費用	円
	方法	
	回数	回
不承認		

決 裁			
常務理事	事務長		担当者
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
承認年月日	年	月	日

被保険者 移送承認申請書・移送届
被扶養者

(第 回目)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号		被保険者が勤務 する(していた) 事業所の	名称 〒
				所在地
下記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所 氏名 ㊟ TSIホールディングス健康保険組合理事長 殿				
医 師 の 意 見	傷病名		移送(予定) 年 月 日	年 月 日
	発病又は 傷病の原因			
	移送を必要と する事由			
	移送の方法		費用の見積額 移送後の時は 実費額	金 円
	移送の区間	～		
	被扶養者に 関する申請の とき	氏名	生年 月日	年 月 日
上記のとおり移送の必要を認めます。 保険医 住所 氏名 ㊟				
やむを得ない事由で 移送後に届出るとき はその事由				

(注意事項) やむを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書(汽車賃等公定のもは実際に移送を行ったことを証するに
足るもの)を添えること。