

被保険者
被扶養者

移 送 承 認 書

年 月 日

被保険者

殿

TSIホールディングス健康保険組合

月 日付申請の移送の件
下記のとおり承認します

傷病名		
移送区間	～	
回数	回	
患者氏名		
生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日生まれ
被保険者との続柄		