

(乙)

殿

店所別整理番号 No. _____

移送承認申請書

承認の内容	移送年月日	方法	区 間	回数
	年 月 日		自 至	回

被保険者証の記号及番号		(記 号) (番 号)	傷 病 の 原 因	
発病又は負傷の年月日		令和 年 月 日		
医師又は 歯科医師の 意見	傷 病 名	移 送 年 月 日		令和 年 月 日
	移送を必要とする事由			
	移送の方法区間 及回数並費用の 見積額			円 円 合 計 円
	令和 年 月 日	医師又は歯科医師の住所氏名		
己むを得ない事由で事後において届出るときはその事由				
申請又は届が被扶養者に関するときはその者の氏名		被扶養者の 生 年 月 日	昭平令 年 月 日生	被保険者との続柄

上記については 月 日付で承認になりましたので通知します

日本通運健康保険組合

理事長