

ゴールドウィン健康保険組合

理事長 殿

承認 伺	常務理事	担 当	担 当	担 当
承認日	年 月 日			
受付日	年 月 日			

被 保 険 者
家 族

移送承認申請書

被保険者または請求者氏名	
--------------	--

下記のとおり申請いたします。

年 月 日

被保険者等	記号		番号			
会 社 名				所 属 名		
傷 病 名				発病または 負傷年月日	年 月 日	
発病または 負傷の原因						
移送者氏名				生年月日	昭 平 令	被保険者 との続柄
移送の方法				移送に要す る 費 用 (見込額)	円	
移 送 区 間	自 至			移送年月日 (予定日)	年 月 日	
第3者の行 為により負 傷した場合	その届出 の有無	有 ・ 無	第3者 の住所	第3者 の氏名		

医師の証明

傷 病 名		移送の方法	
移送を必要 とする理由	(症状、その他具体的に記入してください)		
上記のとおり証明します 年 月 日 医療機関住所・名称・医師の氏名 住所 氏名			