

承認 伺	常務理事	事務長	担 当 者	
			┆	┆
	平成 年 月 日 承認 (不承認)			

被 保 険 者

移 送 承 認 申 請 書

被 扶 養 者

申 請 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号番号				
	移送を必要とする者の氏名及び生年月日	氏 名		M T S H	年 月 日 生
	発病または負傷の年月日	平成 年 月 日		発病または負傷の原因	
	移送に要する費用の見積額又は移送費用	種 別	区 間	金 額	備 考
				円	
計			円		
やむを得ない理由で事後において、そのときは、その理由					
上記の通り申請します。 平成 年 月 日					
住 所 _____					
所 属 _____ 社員番号 _____					
氏 名 _____ (印) TEL (内線) _____					

医 師 の 意 見	傷 病 名		移送年月日 予定	平成 年 月 日	
	移送を必要とする理由				
	移送の方法				
上の掲げる理由で移送が必要と認めます。 平成 年 月 日					
保険医療機関の 名 称 _____					
住所及び名称 住 所 _____					
保険医氏名 氏 名 _____ (印) _____					

(注) 氏名を本人自ら署名した場合は申請印の捺印は不要です。