

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	10 1234567				
	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 14年 2月 17日		発病または負傷の原因	不 詳	
	移送に要する額又は移送費用	種 別	区 間	金 額	備 考	
		救 急 車	病院 ~ 病院	25,000 円		
		計		25,000 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。	住 所		平成 14年 2月 27日			
	大阪市 区 町 番地					
	所 属		室	社員番号 1234567		
	氏 名		(印) TEL (内線)			

医師の 意見	傷 病 名	大動脈縮窄症	移送年月日 予定	平成 14年 2月 27日	
	移送を必要とする理由	手 術 目 的			
	移送の方法	病 院 救 急 車			
上の掲げる理由で移送が必要と認めます。		平成 14年 2月 26日			
保険医療機関の住所及び名称	名 称	総 合 病 院			
	住 所	大阪市 区 町 番地			
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。