

〈事後申請〉

承認	常務理事	事務長	担当者	承認書交付年月日		備考
				平成	年 月 日	

~~被保険者~~
~~移送承認申請（届）書~~
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	1001-777666	事業所の名称	クラシエ（株）〇〇工場			
傷病名	脳卒中	発病又は負傷年月日	28年 6月 9日			
発病又は 負傷の原因	不詳（深夜、自宅で倒れた）					
移送を必要と する理由	最初に収容された医療機関では、応急治療のみで 早急に専門治療が必要なため。					
移送をする前に 申請することが 出来なかった時 はその理由	急に倒れた為、あわただしく事前に申請できなかった。					
移送区間	京都府乙訓郡 大山崎町から	京都府 長岡京市	移送後入院外			
			イ 入院 口. 入院外			
移送を受ける者 が被扶養者であ る時はその者の	氏 名	都島 花子	生 年 月 日	昭和 32年 7月17日	被保険 者との 続柄	妻

上記のとおり申請（届）します。

平成 28年 6月 12日

クラシエ健康保険組合 御中

被保険者
住 所 京都市左京区嵐山1-3
氏 名 都島 健夫
電話番号 075-451-1123



〈医療機関の医師に記入依頼して下さい〉
移 送 を 必 要 と す る 意 見 書

傷 病 名	
移 送 を 必 要 と す る 事 由	
主 症 状 並 び に そ の 経 過 の 概 要	
移 送 の 方 法 区 間 及 び 回 数	

上記の事由で移送の必要を認めます。

平成 年 月 日

医師又は歯科医師の

住 所

氏 名

⑩

電話番号