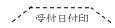
常務理事	事務長	係	



## 移送承認申請書

	呆険者証の 号・番 号						標準報 酬等級	第	級	事業所の名称	r s					·
被保険者氏名					移送が必要と なった者の氏名 被保険 との続				被保険者との続や	i	v 人 に					
	病 又 は 傷の年月日			年	月	日	発病又の 原									よる医
	傷病						移送0	) 日時	主		年 年 	月月	日日	時 時	分 分	医療行為が
医師が意見を書くところ	場合その氏名本人との『移	及び-					(	)	移送(	の方法						あった場合、療養費の請
ころ	上記の通り相違ありません。 年 月 日						医療機関 住所名称 医師氏名							(回)		
	<b>47</b> Π <i>h</i> π <i>h</i> Γου (1			<b>∀</b> ↓ μ	. h	17 /	. 27.61 . 1									が必
被保険者	経路略図(利	多达允	までの	栓田地	名もこま	三人〈	72311)									要)が出来ます。
(本人)が																-
が記入するところ	上記によって申請します。 年 月 日							被保険者の住所								
ところ	TOYO TIRE健康保険組合殿							電	話(		)					-
							<u>氏</u> 従	名 業員No	).			( <u>印</u> )				
被被に事	保険者 扶養者 関で証明	上記	 記のと 明しま		遺産ない	ここと	とを	事業名氏	主の所称の						(a)	

年 月