常務理事		事務長		係	

受付日付印

移 送 承 認 申 請 書

被保険者証の記号・番号	—	標準報酬等級	第　　級	事業所の名称	
被保険者氏名		移送が必要となった者の氏名		被保険者との続柄	
発病又は負傷の年月日	年　月　日	発病又は負傷の原因			
医師が意見を書くところ	傷病名		移送の日時	自　年　月　日　時　分 至　年　月　日　時　分	
	付添い人が同行した場合その氏名及び本人との関係	(　　) (　　)	移送の方法		
	移送を必要とする事由				
	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		印	

・付添い人による医療行為があった場合、療養費の請求（医師の証明が必要）が出来ます。

被保険者（本人）が記入するところ	経路略図（移送先までの経由地名もご記入ください）
	上記によって申請します。 年　月　日 TOYO TIRE健康保険組合殿 被保険者の住所 〒 電話（　　） 氏名　　印 従業員No.

被保険者被扶養者に関する事業主の証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 年　月　日	事業主の住所名称氏名印	印

201909