

承認 決議	期 日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	区 間	~			

被保  
険者 移送承認申請書

平成 年 月 日

被保 険者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号		記号	番 号	生年月日	大正 昭和 年 月 日	
	住 所		〒			事業所  所 属	内線 Tel.
	フリ 氏 名		Tel.				
	申請が被扶養者に 関する時その者の		フリ 氏 名	生年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	続 柄	
	傷 病 名		発病 または 負傷年月日			年 月 日	
	発病または 負傷の原因						
	移送を 必要と する	理 由					
期 日		月 日 ~ 月 日	回数	回	移送前 医療機関	から	
区 間		~	距離	Km	移送先 医療機関	へ	
交通機関			費用		円		
医 師 の 意 見 書	傷 病 名						
	移送を 必要と する	理由等	(移送を必要とする理由・目的・症状・その他具体的にご記入下さい。)				
		期 日	月 日 ~ 月 日	区間	~		
	上記のとおり移送の必要を認めます。					[受付日付印]	
医療機関の所在地 〒 名称 医師の氏名 ⑩ Tel.					平成 年 月 日		

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備 考	
-----	--