

承認 決議	期日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	区間	～			

被保険者
家族 移送承認申請書

令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号	記号	番号	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	住所	〒 Tel.		事業所 所属	内線 Tel.	
	フリ氏名			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	申請が被扶養者に関する時その者の	フリ氏名	生年月日	昭和・平成・令和 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	
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]		
令和 年 月 日						
医療機関の所在地 〒 名称 医師の氏名 Tel.						

- ・記号・番号を記入した場合は不要です。
- ・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	
----	--