

令和 年 月 日

被保険者・家族 移送承認申請（移送届）書

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	
	事業所の名称			
	被保険者 氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	被保険者 住所	〒		
	被扶養者が移送を受 けたための請求であ るときはその者の	氏名	生年月日	被保険者との続柄
			昭和・平成・令和 年 月 日	
	傷病名			発病又は負傷年月日（療養開始日）
				令和 年 月 日
	発病又は 負傷の原因			第三者行為によるものですか
				0:いいえ 1:はい
	移送区間		から	まで
	移送年月日	令和 年 月 日		
移送を必要とする理由				
移送する前に申請することが できなかったときはその理由				

決 裁 欄	理事長	常務理事	事務長	係

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

傷 病 名	
移 送 を 必 要 と す る 理 由 症 状、そ の 他 具 体 的 に 記 入 し て く だ さ い	
移 送 の 方 法 区 間 ・ 回 数	
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。</p> <p>住 所 医師の 氏 名</p>	