

常務理事	事務長	係

被保険者  
家 族

移送承認申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号-番号	-	氏 名				印
	住 所	〒 - TEL( ) -					
	所 属	TEL( ) - 内線( )					
	移送を受けた方の氏名		続柄		生年月日	昭平令	年 月 日
	傷 病 名		発病又は負傷	年 月 日	平令	年 月 日	
	発病又は負傷の 原因(具体的に)	第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)					
	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						

医 師 の 意 見 欄	患者氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日	
	傷 病 名					
	移送を必要とした理由					
	移送の方法及び区間					
	令和 年 月 日	医療機関	所在地 施設名称 医師氏名	印		

【注意事項】

1. 移送を要する場合は、必ず事前この申請書を提出し、承認を得てください。
2. やむを得ない理由で事前に提出することができず事後承認を得ようとする場合は、その理由を記入欄に記載してください。