

常務理事		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	000 - 0000	氏名	健保 太郎			(健保)
	住所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 TEL(000) 000 - 0000					
	所属	〇〇部 〇〇課 TEL(000) 000 - 0000 (内線 0000)					
	移送を受けた者の氏名	健保 花子	続柄	妻	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生 平成	
	傷病名	腸閉塞	発病又は負傷 年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日			
	発病又は負傷の 原因(具体的に)	不明 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	急に腹痛で倒れ、近くのA病院に緊急入院。A病院では設備的に対応が難しいため、B大学病院に移送した					
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	容体が急変し、緊急手術の必要が生じたため						

医 師 の 意 見 欄	患者氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
	傷病名						
	移送を必要とした理由						
	移送の方法及び区間						
	平成 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。