支給決定伺			決定	円
常務理事	事務長	担当		
			決定	令和　年　月　日

□ 被保険者
□ 被扶養者

移送承認申請書

被保険者証		移送を必要とする者の氏名	生年月日	性別	続柄
記号	番号				
			□昭 □平 □令　年　月　日	□男 □女	
発病又は負傷年月日	□昭 □平 □令　年　月　日	傷病の原因			

医師の意見				
傷病名		移送年月日	令和　年　月　日	
移送を必要とした理由				
移送の方法及び回数			回	
移送の区間	～			

上記のとおり移送が必要と認めます

令和　年　月　日

保険医療機関の住所及び名称　住所

名称

保険医氏名　氏名

受取代理人の欄	
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
	被保険者の　住所 氏名
	事業所所在地 事業主名称 事業主氏名

※ 移送に要した費用の領収書（原本）を添付してください。

【2024.12改訂】