

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	_____ (印)		

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	_____ (印)	
	事業所所在地	_____		
	事業主名称	_____ (印)		
	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。

【2019.5改訂】