

【見本】

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				
10	1234	椿 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 30 年 8 月 31 日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻
発病又は負傷年月日		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input checked="" type="checkbox"/> 令 6 年 7 月 15 日	傷病の原因	不詳	

医師の意見	傷病名	脳卒中	移送年月日	令和 6 年 7 月 20 日
	移送を必要とした理由	意識不明につき自身による移動が困難なため		
	移送の方法及び回数	タクシー利用	1	回
	移送の区間	京田辺市 つばき医院	～	枚方市 枚方公園前クリニック

上記のとおり移送が必要と認めます

令和 6 年 7 月 20 日

保険医療機関の住所 京田辺市 草内 1234

住所及び名称 名称 つばき医院

保険医氏名 氏名 椿 宏一朗

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	京田辺市 普賢寺 1234
	被保険者の氏名	椿 太郎
	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】