

【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				
12	3456	椿 花子	昭・平・令 30年 8月 31日	男 女	妻
発病又は負傷年月日	昭・平・令 1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 1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 XX医院～ 枚方市 △△病院		

上記のとおり移送が必要と認めます

令和 1年 7月 20日

保険医療機関の
住所及び名称

住所 京田辺市甘南備台1丁目〇-〇

名称 XX医院

保険医氏名

氏名 山本 太郎

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	東京都中野区江古田100
		氏名	椿 太郎
	事業所所在地		
	事業主名称		
事業主氏名			

印

印

※ 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】