

常務理事	事務長	係

被 保 険 者 移 送 承 認 申 請 書
家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証				被保険者氏名							
	記号		番号		日中の連絡先		()					
	対象者氏名					対象者 生年月日	昭 平 令	年	月	日	被保険者 との続柄	
	傷病名					発病または負傷 の年月日		年		月	日	
	発病又は 負傷の原因							第三者行為による ものですか		はい※・いいえ		
	※該当する場合、傷病届等の届け出必要											
	移送に 関すること		移送方法					移送日	年		月	日
			移送経路									
	付添い人に 関すること		有	氏名				移送に 要する金額		円		
			無	住所								

医 師 意 見 欄	患者氏名					傷病名						
	移送に 関すること		移送方法					移送日	年		月	日
			移送経路									
	移送を必要と 認めた理由											
	付添い人を 必要と認めた 理由											
	上記の理由により、移送の必要を認めます。 年 月 日 医療施設の名称 医療施設の所在地 医師氏名											

受付印