

受付	年	月	日
決定	年	月	日
承認	方法		
	回数		
	費用		
不承認			

決議書		
常務理事	事務長	担当者
資格取得日	年	月 日
資格喪失日	年	月 日
支給年月日	年	月 日

被保険者 被扶養者 移送承認申請書・移送届

令和 年 月 日

被保険者証の 記号・番号		被保険者氏名			
事業所名		事業所所在地			
発病又は負傷の 年月日	令和 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 区間及び回数		費用の見積額（移送 後のときは実費）		円
上記のとおり移送の必要を認めます 令和 年 月 日 〒 - 住所 保険医 氏名 ⑩					
やむを得ない事由 で移送後に届出 ときはその理由					
申請又は届が被扶 養者に関するとき	氏名		大 生年 昭 月日 平 令	年 月 日	被保険者との 続柄

(注) やむを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書（交通機関の運賃等公定のもの
は実際に移送を行ったことを証するに足るもの）を添付すること。