

制度の内容はこちらからご確認ください。

※ 移送承認届			同年月日		平成 年 月 日			資格	
区分	承認・不承認		常務理事	事務局長	部長	課長	係長	扱者	年月日取
移送日	平成 年 月 日								年月日喪
移送	から						備考		
区間	まで		技官 の 意見			技官 印		被扶養者 確認印	
回数	回								

被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号	9000	番号	1	②被保険者の氏名	木材太郎		印	
	③被保険者の住所	〒135-0042 江東区木場〇-〇-〇							方
	④事業所の	名称	株式会社 木材商店						
		所在地	〒135-0016 江東区東陽〇-〇-〇						
	⑤傷病名	脳出血				発病又は負傷日	平成17年11月30日		
	⑥発病又は負傷の原因	不詳							
	⑦移送を必要とする	理由	〇〇病院へ入院後、症状が悪化したため〇〇病院では治療ができず、△△病院へ転院になったため。自力歩行が不可能だったため。						
		区間	〇〇病院 から		経由	△△病院		まで	回数
	⑧移送をする前に提出できなかったときはその理由	急な発病により手続きができなかった							
⑨被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名	該当せず			生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	続柄	

医 師 が 記 入 す る と こ ろ	傷病名				保険で療養を開始した日	平成 年 月 日			
	必要と認められた移送の	区間	から		経由	まで		回数	回
	移送を必要と認められた理由 (病状等を入れて詳しく)								
	うえの理由で移送の必要を認めます。					平成 年 月 日	受付日付印		
住所 保険医の 氏名		Ⓜ							