

※ 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	
回数	回					確認印			

被保険者家族 移送承認申請書・移送届

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号	番号	②被保険者の氏名	印		
	③被保険者の住所	〒				方
	④事業所の	名称				
		所在地	〒			
	⑤傷病名			発病又は負傷日	平成 年 月 日	
	⑥発病又は負傷の原因					
	⑦移送を必要とする	理由				
		区間	から	經由	まで	回数 回
	⑧移送をする前に提出できなかったときはその理由					
⑨被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名	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	經由	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	㊟				