

※ 移送承認届			同年月日		令和 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	令和 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	令和 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	昭和 平成 令和	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	令和 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。	令和 年 月 日	受付日付印				
	住所 保険医の 氏名	㊟					