常務理事	事務長	担当

□ 被保険者
□ 被扶養者

移送承認申請書・移送届

申請日　令和　年　月　日

被保険者記入欄

被保険者証：記号	被保険者証：番号	事業所	

被保険者氏名	印	被保険者生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日
移送者氏名	続柄	移送者生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
傷病名		発病又は負傷の日	□ 平成 □ 令和　年　月　日
傷病の原因		第三者行為によるものですか	□ はい　□ いいえ
やむを得ず移送後に届けるときはその事由			
付添人の有無及びその氏名・住所	□ 有　住所：〒 □ 無　氏名：　【 医師 ・ 看護師 ・ その他（　　） 】		

医師・歯科医師意見記入欄

移送を認めた理由					
付添を認めた理由					
移送経路（移送区間）				移送回数	回
移送方法		移送費見積額	円	移送年月日	□ 平成 □ 令和　年　月　日

上記のとおり移送の必要を認めます。　令和　年　月　日

名　　称：

所 在 地：

氏　　名：　印

※移送が必要となった場合は本申請書により事前に申請してください。
※やむを得ない事由で移送後に届出るときは本申請書を移送届とし、移送費見積額に実額を記載の上、
　移送費請求書及び領収書等を添付してください。

受付印

（令和元年6月改訂）