

承認 決議	期 日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	区 間	~			

記入例

被保険者
家 族 移送承認申請書

令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号	記号	0001	番号	12345	生年月日	昭和・平成・令和 39年 9月 30日		
	住 所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○-○○-○○ Tel. ○○-○○○○-○○○○				事業所 所 属	三菱UFJニコス株式会社 ○○部○○グループ ○○チーム 内線200-1234 Tel.		
	フリ 氏 名	ケンボ 健保	ダイキチ 大吉						
	申請が被扶養者に 関する時その者の	フリ 氏 名	ケンボ 健保	ハナコ 花子	生年 月 日	昭和・平成・令和 ○○年 9月 9日	続 柄	妻	
	傷 病 名	腸閉塞				発病 または 負傷年月日	令和○○年○月○日		
	発病または 負傷の原因	不詳							
	移送を 必要と する	理 由	手術する必要があったが、整備が整っていないため						
		期 日	○○月○○日~○○月○○日	回数	○回	移送前 医療機関	○○胃腸クリニックから		
		区 間	○市○町~○市○町	距離	○Km	移送先 医療機関	○○○病院へ		
		交通機関	タクシー		費用	○○○○円			
移送を 必要と する	理由等	(移送を必要とする理由・目的・症状・その他具体的にご記入下さい。)							
	期 日	月 日~ 月 日	区間	~					
上記のとおり移送の必要を認めます。						[受付日付印]			
令和 年 月 日									
医療機関の所在地 〒 名称 医師の氏名 Tel.									

- ・記号・番号を記入した場合は不要です。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備 考	
-----	--