

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁月日	年 月 日
移送承認年月日	年 月 日
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

被 保 険 者
被 扶 養 者

移送承認申請書・移送届

被保険者証の 記号・番号	○・○○○	被保険者の氏名	健保太郎 (健保印)
事業所の名称	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院	生年月日	50年 12月 1日
申請又は届出が被扶養者に関する ときはその者の氏名		被保険者と の続柄	本人
傷病又は負 傷の原因	不明	発病又は負 傷の年月日	22年 4月 17日
やむを得ない事由で事後に届出る ときはその理由	急病のため、緊急に受診した。		

*太枠線内を記入して下さい。

医 師 ま た は 歯 科 医 師 の 意 見 欄	傷病名	心不全	移送年月日	22年 4月 17日
	移送を必要とする理由	手術目的		
	移送の方法区間及び回数	ククシーにて○○病院 から△△病院へ 1回	費用の見積書・移 送後のときは実費	50,000 円
	上記のとおり移送の必要を認めます。			
	22年 4月 18日			
	所在地	○○県○○市○○町○-○		
	名称	○○病院 ○○ ○○		
	医師名			
	電話	○○○○(○○) ○○○○		