|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 移送承認決定伺 |  | 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
| 移送区間 |  |  |  |  |  |
| 移送日 |  |
| 備考 |  |
| **移送承認申請書** |
| 記号 |   | 番号 |   | 事業所の名称 |   |
| 発病又は負傷の年月日 |  年 月 　 日 | 傷病の原因 |   |
| 第三者によって負傷したものであるか否か | [ ] ある　・　[ ] ない |
| 医師の意見欄 | 傷病名 |  | 移送年月日 | 　　年　 　月　 　日 |
| 移送を必要とする理由 |  |
| 主症状並びにその経過概要 |  |
| 移送の方法区間及び回数 |  | 費用の見積額 |  |
| 　　上記の事由で移送の必要を認めます。年　　月　　日　　　　医師の　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　 　　　　　　　　**※訂正の際は二重線で抹消の上、正しい内容を記入し訂正印または証明者の氏名（サイン）をお願いします。** |
| 事後において届け出るときはその理由 | 　  |
| 扶養者であるときはその氏名 |   | 生年月日 | [ ] 昭・[ ] 平・[ ] 令 年 月 日 | 被保険者との続柄 |   |
| 　上記の通り申請します。　　 年 月 日　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　被保険者　　　氏名　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　この件に関する連絡先　℡ 　　　　　　　  |