|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　℡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |