|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 移送承認決定伺 | | |  | | | | | | 常務理事 | | | | | | 事務長 | 係員 | | | 係員 |
| 移送区間 | | |  | | | | | |  | | | | | | **青枠内は、被保険者の方が**  **必ずご記入ください。** |  | | |  |
| 移送日 | | |  | | | | | |
| 備考  **申請書の記入例** | | |  | | | | | |
| **移送承認申請書** | | | | | | | | | | |
| 記号 | | **○○○** | | 番号 | | **○○○○○** | | | 事業所の  名称 | | | | **××××××　会社** | | | | | | | |
| 発病又は負傷の  年月日 | | | **31** 年**4** 月**29**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 | | 赤枠欄には、必ず医師の意見（移送事由）、費用等を記入いただくよう、お願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | **～のため** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  **1** 年**5** 月**1**日  　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒　**100-0000**  **神奈川県横浜市◇◇区 ▲ ▲ ▲　2 – 5 - ◇◇**  　　　　　　　　被保険者　　　氏名　**日産　健太郎**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　この件に関する連絡先　℡ **045‐□□□‐2352** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |