

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	1 2 3 4 - 5 6	被保険者の氏名	健保 太郎 (健)
事業所の名称	飯野海運(株)	生年月日	51 年 10 月 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	急性虫垂炎	発病又は負 傷の年月日	令和2年 10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	急性虫垂炎	移送年月日	令和2 年 10 月 17 日
	移送を必要とする理由	緊急手術を要するが、当方に入院医療設備が整って おらず病院に転送した。		
	移送の方法区間及び回数	救急車 1回	費用の見積書・移 送後のときは実費	円
	上記のとおり移送の必要を認めます。			
	令和2 年 10 月 18 日			
	所在地	東京都豊島区東池袋 -x-		
	名称	寺田病院 寺田 幸次 (寺)		
	医師名			
	電話	03 ( 3506 ) 8168		