

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		印
事業所の名称		生年月日	年 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	
傷病又は負 傷の原因		発病又は負 傷の年月日	年 月 日	
やむを得ない事由で事後に届出る ときはその理由				

*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		移送年月日	年 月 日	
	移送を必要とする理由				
	移送の方法区間及び回数		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。				年 月 日
	所在地 名称 医師名			印	
	電話	()			