

支 出 給 決 議 書	常務理事	事務長	担当者	令和 年 月 日 起案	
				移送承認期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
	資格取得	昭和 平成 令和 年 月 日		移送不承認期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
	資格喪失	令和 年 月 日		承認した区間及 び移送の方法	から まで を利用。
	標準報酬月額	級 千円			

被保険者
家族

移送費承認申請書・移送届

(様式-1b「移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書」の添付が必要)

被保険者証の		記号	21	事業所の		株式会社○○○○○○○○	
		番号	1000	名称			
移送を 受けようとする 者(受けた者)の		氏名 健保 太郎		被保険者(請求者)の			
		生年月日 昭和・平成・令和 60年4月1日生 (続柄 本人)		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> - <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>			
傷病名		脳出血		住所 東京都 中野区 ○○○○			
				○-○-○			
発病又は負傷の 原因を詳しく		突然、気分が悪く なり倒れた		氏名 健保 太郎			
				振込先 ○○○ 銀行 ○○○ 支店			
手当を受けた病院 あるいは 診療所の		名称 北海道クリニック		普通・当座・貯蓄預金 口座番号(1234567)			
		所在地 北海道札幌市○○○ ○-○-○		診療を担当 した医師等 の氏名 中野 太郎		第三者の行為ですか? はい・いいえ	
移送区間 (正確に)		フリガナ サッポロシ 札幌市 から		フリガナ ナカノク 中野区 まで		移送先の 病院名 中野病院	
						移送後は 入院・通院	
移送を必要とする期間				令和3年5月1日から令和3年5月2日まで			
移送を必要とする理由(詳しく)				重篤化することが懸念され、治療の設備が充分でないため。			
移送する前に申請することが出来なかった 場合はその理由				年末年始の休業期間だったため、連絡することができなかった。			