

支 出 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 年 月 日 平 成 年 月 日 令 和		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 - 1 b 「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	2 1	事 業 所 の	株 式 会 社 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
	番 号	1 0 0 0	名 称		
移 送 を 受 け よ う と す る 者 (受 け た 者) の	氏 名	健 保 太 郎		(印)	
	生 年 月 日	昭・平・令 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"/> <input type="text" value="印"/>	
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	
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		振 込 先	○ ○ ○ 銀 行 ○ ○ ○ 支 店
	所 在 地	北 海 道 札 幌 市 ○ ○ ○ ○ - ○ - ○		普通・当座・貯蓄預金 口座番号 (1234567)	名 義 人 (カ タ カ ナ) ケ ン ボ タ ロ ウ
移 送 区 間	フリガナ サ ッ ポ ロ シ	フリガナ ナ カ ノ ク	移 送 先 の 病 院 名	中 野 病 院	
(正 確 に)	札 幌 市 から	中 野 区 まで	移 送 後 は	入 院 ・ 通 院	
移 送 を 必 要 と す る 期 間	令 和 元 年 5 月 1 日 から 令 和 元 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。				