

# 移送承認申請書

|      |     |  |     |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当者 |
|      |     |  |     |

NDS健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

|                         |                         |    |       |    |      |             |  |  |
|-------------------------|-------------------------|----|-------|----|------|-------------|--|--|
| 請求者<br>(被保険者)<br>が記入する欄 | 被保険者証の記号・番号             |    | 被保険者名 |    |      | 事業所の名称      |  |  |
|                         | 記号                      | 番号 |       |    |      |             |  |  |
|                         | 被保険者住所                  |    | 〒     |    |      | 電話 ( )      |  |  |
|                         | 移送される者の氏名               |    | 氏名    | 続柄 | 生年月日 | 昭/平/令 年 月 日 |  |  |
|                         | やむを得ず承認を受けずに移送した場合はその理由 |    |       |    |      |             |  |  |
| 移送に要する(した)費用            |                         |    |       |    |      |             |  |  |

|                       |              |          |  |  |            |          |
|-----------------------|--------------|----------|--|--|------------|----------|
| 保険医が記入する欄             | 傷病名          |          |  |  | 発病又は負傷の年月日 | 令和 年 月 日 |
|                       | 移送を必要とする理由   |          |  |  |            |          |
|                       | 付き添いを必要とする理由 |          |  |  |            |          |
|                       | 移送の方法および区間   |          |  |  |            |          |
|                       | 移送日          | 令和 年 月 日 |  |  |            |          |
| 医療機関の住所・名称<br>医師の氏名・印 |              |          |  |  |            |          |

上記のとおり申請します。

受付印