

常務理事	事務長	担当者

移送承認申請書（移送届）

被保険者証		移送される者の氏名	生年月日		性別	続柄
記号	番号		昭 平 令	年 月 日	男 女	
発病又は負傷の年月日		令和 年 月 日	傷病の原因			
医師又は 歯科医師の 意見	傷病名		移送年月日	令和 年 月 日		
	転院を必要とした事由					
	移送を必要とした事由					
	移送の方法		移送の回数		回	
	移送の区間	所在地 医療機関名 から				
	所在地 医療機関名 まで					
医師又は歯科医師の住所・氏名印	住所 氏名		印			
やむを得ない事由で事後に届出のときはその事由						
上記の通りお届けいたします。			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 受付 </div>			
令和 年 月 日						
被保険者の住所氏名						
シナネン健康保険組合 理事長 殿						