

記入例

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				
999	9999	品川 花子	大昭平 99年 99月 99日	男 女	妻
発病又は負傷の年月日		平成 99年 99月 99日	傷病の原因	不明	
傷病名		心不全	移送年月日	平成 99年 99月 99日	
医師又は 歯科医師の 意見	転院を必要とした理由	高度な治療が必要となった為			
	移送を必要とした理由	心不全で、歩行困難なため			
	移送の方法	タクシー	移送の回数	1回	
	移送の区間	所在地 東京都港区 医療機関名 浜松町病院 から 所在地 神奈川県横浜市 医療機関名 横浜病院 まで			
医師又は歯科医師の住所・氏名印	住所 東京都港区 氏名 安城 清 印				
やむを得ない事由で事後に届出のときはその事由	絶対安静が必要であり、緊急を要した。				

上記の通りお届けいたします。

平成 99 年 99 月 99 日

被保険者の住所氏名 東京都港区
品川 次郎

シナネン健康保険組合 理事長 殿

受付