

被保険者  
被扶養者

## 移送承認申請書・移送届

被 保 険 者 記 入 欄	令和 年 月 日			
	東京都情報サービス産業健康保険組合理事長 殿			
	住所		_____	
	被保険者 氏名		_____	
	Tel		( ) _____	
	下記のとおり申請します。			
	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所の 名称
	発病または負傷 の年月日	平成・令和 年 月 日		
	傷病の原因	_____		
	已むを得ない事由で移送後に 届出るときはその事由	_____		
申請または届出 が被扶養者に 関するとき	氏名	_____	被保険者 との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		

医 師 意 見 欄	傷病名	_____	移送 年月日	平・令 年 月 日
	移送を必要 とした事由	_____		
	移送の方法	_____	費用の見積額 〔移送後は実費〕	円
	移送区間	_____ → _____ から まで	回数	回
	うえのとおり移送の必要を認めます。			
		所在地 〒	_____	令和 年 月 日
	名称	_____		
	医療機関 医師氏名	_____		
	連絡先	( ) _____		

※已むを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書を添付して下さい。

受付日付印