

被保険者
被扶養者

移送承認申請書・移送届

記入例

被 保 険 者 記 入 欄	令和 XX年 XX月 XX日			
	東京都情報サービス産業健康保険組合理事長 殿			
	住所		〇〇区〇〇町1-1-1	
	被保険者 氏名		情報 たろう	
	TEL		03 (XXXX) XXXX	
	下記のとおり申請します。			
	被保険者証の 記号・番号	記号 〇〇〇〇	番号 - ΔΔΔΔ	事業所の 名称 (株)〇〇〇〇
発病または負傷 の年月日	平成・令和 XX年 XX月 XX日			
傷病の原因	不明			
已むを得ない事由で移送後に 届出るときはその事由	急に容態が変わり、緊急を要したため			
申請または届出 が被扶養者に 関するとき	氏名	情報 はなこ	被保険者 との続柄 妻	
	生年月日	昭・平・令 XX年 XX月 XX日		

医 師 意 見 欄	傷病名	心不全	移 送 年 月 日	平・令XX年 XX月 XX日
	移送を必要 とした事由	設備の整った病院で緊急手術を行う必要があるため		
	移送の方法	患者輸送車	費用の見積額 (移送後は実費)	30,000 円
	移送区間	〇〇病院 から	→ ΔΔ総合病院 まで	回数 1回
	うえのとおり移送の必要を認めます。			
			令和 XX年 XX月 XX日	
	所在地	〒XXXX-XXXX		
	医療機関 名称	〇〇病院		
	医師氏名	保健 一郎		
	連絡先	03 (XXXX) XXXX		

※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