

組合記入欄	伺年月日	年 月 日
	移送承認日	年 月 日
	区 分	承認・不承認
	移送年月日	年 月 日

承認決議書				
常務理事	事務長	課長	係長	係

※下記の通り移送費を承認してよろしいか伺います。

資格取得日 年 月 日

被保険者家族 移送費承認申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号 番号	② 被 保 険 者 の 氏 名	③ 印		
	④ 被 保 険 者 の 現 住 所	〒 — TEL ()				
	⑤ 事 業 所 の 称					
	⑥ 傷 病 名	⑦ 発病または 負傷年月日		昭和 年 月 日 平成		
	⑧ 発病または 負傷の原因					
	⑨ 移送を必要 とする理由	(イ) 理 由				
		(ロ) 区 間	から	まで	(ハ) 回 数	回
	⑩ 移送前に 提出出来ない 場合その理由					
	⑪ 被扶養者の 移送の時は	(イ) 氏 名	(ロ) 生年月日	昭和 年 月 日 平成	(ハ) 続 柄	
	医 師 が 記 入 す る と こ ろ	⑫ 傷 病 名	⑬ 保険で診療を 開始した日		昭和 年 月 日 平成	
⑭ 必要と 認めた移送の 区間・回数		(ロ) 区 間	から	まで	(ハ) 回 数	回
⑮ 移送を必要と 認めた理由 ※付添を必要 とした時には その理由						
⑯ うえの理由で移送の必要を認めます。		年 月 日		平成 年 月 日		
	所 在 地	〒 —		受付日付印		
	医療機関名					
	医師氏名	印 ⑰				

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 03(3576) 3511