

組合記入欄	同年月日	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

必要事項を全て記入（及び捺印）下さい。訂正箇所については、当組合ホームページをご参照ください。必要書類等不明な方は、当組合ホームページと同一印で訂正下さい。必要書類についてはホームページを参照してください。（記入方法・必要書類等不明な方は、当組合ホームページと同一印で訂正下さい。必要書類についてはホームページを参照してください。）

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 227	被保険者の氏名	健保 太郎		
		番号 350				
	被保険者の現住所	〒 332 - 0035 TEL 048 (258) 埼玉県川口市青木〇-〇-〇				
	事業所の名称	㈱タケイディスプレイ				
	傷病名	肺がん		発病または負傷年月日	昭和 26 年 7 月 5 日 	
	発病または負傷の原因	不明				
	移送を必要とする理由	(イ) 理由 容態悪化により、現在治療を行っている診療所では、治療設備が整っていないため、治療可能な最寄りの総合病院へ転院するため。	(ロ) 区分 A 診療所 から B 総合病院 まで	(ハ) 回数 回数 1		
	移送前に提出出来ない場合その理由	事前に承認申請出来なかった場合は、その理由を詳細にご記入ください。				
被扶養者の移送の時は	(イ) 氏名 健保 合子	(ロ) 生年月日 昭和 24 年 4 月 1 日 	(ハ) 続柄 母			

医師が記入するところ	傷病名			保険で診療を開始した日	昭和 平成 年 月 日	
	必要と認めた移送の区分・回数	(ロ) 区分 から	まで	(ハ) 回数 回数	回数	
	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	医師に記入・捺印を依頼してください。				

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	

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 03 (3576) 3511