

移送承認申請書

常務理事	事務長		担当

NDS健康保険組合理事長殿

平成 年 月 日

請求者 (被保険者) が記入する欄	被保険者証の記号・番号		被 保 険 者 名			事 業 所 の 名 称		
	記号	番号	⑩					
	被保険者住所		〒			電話 ()		
	移送される者の氏名		氏名	続柄	生年月日	大/昭/平 年 月 日		
	やむを得ず承認を受けずに移送した場合はその理由							
移送に要する(した)費用								

保険医が記入する欄	傷病名	発病又は負傷の年月日			平成 年 月 日		
	移送を必要とする理由						
	付き添いを必要とする理由						
	移送の方法および区間						
	移送日	平成 年 月 日					
医療機関の住所・名称 医師の氏名・印	⑩						

上記のとおり申請します。

受 付 印