承認期間	年　月　日～　年　月　日	不承認区間	有 ・ 無	支給支払決議書		
不承認期間	年　月　日～　年　月　日	承認回数	回	常務理事	事務長	係
不承認理由						

被保険者
家　族

移送費承認申請書

被保険者情報			
被保険者証の記号・番号	記号	番号	生年月日 S・H・R　年　月　日
被保険者氏名・印	（フリガナ）	㊞	
所属事業所名			

申請内容						
受診者	□ 被保険者（本人）　□ 被扶養者（家族）					
家族の場合はその方の	氏名		生年月日	S・H・R　年　月　日		
傷病名		発病又は負傷年月日	年　月　日			
発病又は負傷の原因		第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ			
移送区間	から	まで	移送後の区分	入院 ・ 外来	移送回数	回
移送を必要とする期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間					
移送を必要とする理由						
移送する前に申請する事ができなかったときはその理由						

医師の意見書						
傷病名						
移送を必要とする理由（症状、その他具体的に記入してください）						
移送区間	から	まで	移送後の区分	入院 ・ 外来	移送回数	回
移送を必要とする期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間					
移送の方法						

上記のとおり移送の必要を認めます。　年　月　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名　㊞　電話

東ソー関連健康保険組合 R1.5.1

受付日付印