

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号				(4) 生 年 月 日				(5) 被扶養者番号		(6) 給付記録番号		(7) 受付年月日	
(1)	(2)	(3)			年	月	日	※	※			※	年 月 日
※													
(8) 被保険者の (申請者) 氏名と印			(フリガナ)				事業所の (ア) 名称 (イ) 所在地						
(10) 被保険者の (申請者) 住 所			(9) 郵便番号		〒		(フリガナ)						
			(10) 住所コード		※								
被扶養者が移送を受けたための請求であるときはその者の			(ウ) 氏名				(エ) 生年月日	年 月 日			(オ) 被保険者との続柄		
傷病名			(11) 傷病コード	※							(13) 発病又は負傷年月日 (療養開始日)		
			(12) カナ	※							年 月 日		
(カ) 発病又は負傷の原因												(14) 第三者行為によるものですか 0: いいえ 1: はい	
(15) 移送区間			(フリガナ)	(フリガナ)				(16) 移送後入院外		(17) 移送回数		(18) 不承認区間	
			から まで				0: 入院 1: 入院外		回		0: 無 1: 有		
(キ) 移送を必要とする期間			承認/不承認の別	承認 (不承認) 期間									不承認理由
			(19) ※ 1: 承認 2: 不承認	(20) ※	(自)	年	月	日	(至)	年	月	日	(21) ※
年 月 日から 年 月 日まで 日間			(22) ※ 1: 承認 2: 不承認	(23) ※	(自)	年	月	日	(至)	年	月	日	(24) ※
(ク) 移送を必要とする理由													
(ケ) 移送する前に申請することができなかつたときはその理由													
※	(25) 承認 (不承認) 番号		(26) 承認回数	(27) 調査先コード	(28) 海外表示		(29) 特殊承認コード		送 信		年 月 日 受付年月日		
			回		0: 国 内 1: 海 外								

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

(コ) 傷 病 名	
(サ) 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〕	
(シ) 移 送 の 方 法 区 間 ・ 回 数	
(ス) 上記のとおり移送の必要を認めます。 年 月 日 住 所 医師の 氏 名 印	

(医師への注意事項)

コケ、この書類は、移送を必要とした場合に保険者へ提出することになっておりますので、その部分で、(シ)欄に押した印とおなじ印を押してから、その上に正しい数字又は文字を記入して下さい。