

移送費承認申請書

職員番号（独法職員のみ）

地方職員共済組合大阪府支部長 様

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

組合員氏名	組合員（記号）番号	(地・大阪)	所属名
-------	-----------	--------	-----

療養者 <input type="checkbox"/> 組合員本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	療養を受けた被扶養者氏名	左の療養者の生年月日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
上の被扶養者の認定年月日		

※療養者が組合員本人の場合は 右欄の記入は不要です。	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	※資格情報のお知らせ、資格確認 書等に記載があります。ご不明な 場合は空白で結構です。	続柄	
-------------------------------	---	---	----	--

傷病名	発病又は 負傷の日	令和 年 月 日
-----	--------------	----------

傷病の原因	
-------	--

医療機関	名称	
	所在地	

事前に申請することが できなかった場合 にはその理由	
----------------------------------	--

- (注) 1 事前に申請できなかった理由は、具体的に記入して下さい。
 2 移送を必要とする医師の意見書は、医師に記入してもらって下さい。

日中の 連絡先	職場（ <input type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通） Tel : 又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯 Tel :	内線：
------------	--	-----

※以下、共済使用欄（記入不要）

共済受付 /処理欄	受付日	年 月 日	所属所受付 /処理欄	受付日	年 月 日
	処理日	年 月 日		処理日	年 月 日

決定額	円
-----	---

移送を必要とする医師の意見書

患者氏名		傷病名	
初診年月日	令和 年 月 日	入院年月日	令和 年 月 日
移送を必要とする理由			
移送の方法			
移送の経路 (区間)			
<p>上記の理由で移送の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地 :</p> <p>.....</p> <p>医療機関名 :</p> <p>.....</p> <p>担当医師名 :</p> <p>.....</p> <p>電話番号 :</p> <p>.....</p>			