

移送費承認申請書

職員番号（独法職員のみ）

下記のとおり申請します。					年 月 日
組合員氏名		組合員証 記号番号	地・大阪	所属名	
療養者 <small>※組合員本人の場合は 下記にチェックのみ</small> <input type="checkbox"/>	療養を受けた 被扶養者氏名				
	生年月日	年	月	日	続柄
	被扶養者認定年月日	年	月	日	※組合員証（保険証）表面に記載
傷病名				発病又は負傷の日	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（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請・証受領の場合は記入不要）	
職場（代表・直通）Tel	() 内線 ()
又は 自宅・携帯 Tel	()

※下記は記入不要です。

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

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		入院年月日	
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>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>担当医師名</p> <p>(TEL: (.....))</p>			

