

移送承認申請書

被保険者氏名		被保険者の記号・番号			
		-			
療養者氏名		生年月日	昭平	年月日	
電話番号		性別	男・女	続柄	
医療機関名及び所在地		入院又は自宅療養の別		傷病の原因	
医 師 の 証 明	傷病名		発病年月日	平成 年 月 日	
	移送を必要とする期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
	移送を必要とする理由				
	住所 平成 年 月 日 医師 氏名				(印)
移送の区間及び方法					
事前に申請をすることができなかつた場合にはその理由					
<small>マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。 なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して下さい。 <input type="checkbox"/>マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)</small>					
備考					
上記のとおり申請します。 中部アイティ産業健康保険組合理事長 殿 平成 年 月 日 被保険者住所 (申請者) 氏名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 〰 受付日付印					
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話				(印)	

(注) 1. 「医師の証明」欄は、医師に記入してもらってください。
 2. 事前に申請することができなかつた理由は、具体的に詳しく書いて下さい。