様式第5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 移送承認申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者証の記号番号 | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| 療養を受けた被保険者の氏名、生年月日、性別 | | | | 明  大  昭 | | 年　月　日 | | 男  女 | 世帯主の住所氏名 | | |  | | |
| 医師の意見 | 傷病名及び原因 | |  | | | | | | | | | | | |
| 発病又は負傷年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 移送方法・回数 | |  | | | | | | | | 移送年月日 | | | 年　月　日 |
| 移送区間 | ～ | | | | | | | | 費用の見積額 | | |  | |
| 移送を必要と認める理由(具体的に記入して下さい) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | 名称 | | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  医師名　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | | | | | | | 住所  氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | |
| 小野町長　　　　殿 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

(B5)