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)