様式第7

(表)

|  |  |
| --- | --- |
| 看護移送 | 承認通知書 |
| 　 | 被保険者証の記号番号 | 　 | 被保険者名 | 　 | 　 |
| 看護 | 医療機関 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 看護承認期間 | 自　　　　　年　　月　　日 | 日間 |
| 至　　　　　年　　月　　日 |
| 移送 | 移送区間 | 　 |
| 移送方法 | 　 |
| さきに申請のあつた | 看護移送 | について上記のとおり承認します。 |
| 　　　　　　　年　　月　　日小野町長　　　　　　　　　　被保険者　　　　殿 |
| 備考この決定について不服のある場合は、この通知書を受け取つた日の翌日から起算して60日以内に口頭若しくは文書をもつて、国民健康保険審査会(県保険課内)に審査の請求をすることができます。 |

(B5)

(裏)

|  |
| --- |
| ※看護料・移送費を申請するときは、療養費支給申請書に下記の書類を添付して下さい。1　看護料申請の場合(1)　領収書(2)　(准)看護婦免許証写(3)　泊り込み看護を行つた場合はその旨の医師の証明書(4)　徹夜勤務を行つた場合はその旨の医師の証明書2　移送費申請の場合(1)　領収書(2)　移送区間及び距離並びに乗用車の場合は、大・中・小の型を記入してください。 |

(B5)