

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	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 年 月 日
	移 送 を 必 要 と す る 期 間	年 月 日 から		年 月 日 まで
	移 送 を 必 要 と す る 理 由			
	住 所 年 月 日 医 師 氏 名			
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。				
移送の区間及び方法				
事前に申請をすることができなかった場合にはその理由				
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)				
備 考				
上記のとおり申請します。 <p style="text-align: center;">中部アイティ産業健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者 住所 (申請者) 氏名</p>				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> 受付日付印 </div> <p style="text-align: right;"> 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話 </p>				

- (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った理由は、具体的に詳しく書いて下さい。