

# 国民健康保険移送費承認申請書

年 月 日

砥部町長 様

申請者 住 所 砥部町

---

氏 名 ㊞

---

個人番号

---

T E L

---

下記のとおり申請いたします。

受診者氏名	年 月 日		市町村名	砥部町380808		
			記号番号			
			個人番号			
傷病名						
発症又は負傷の日	年 月 日					
発症又は負傷の原因						
現に入院中の病院又は診療所	所在地					
	名 称					
移送期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間					
移送先						
転送を必要とする理由						
付添する者の資格等	1. 医師	住 所				
		氏 名			患者との続柄	
	2. 看護婦	生年月日	年 月 日			
1. 承認する		課長	課長補佐	係長	係	受付
2. 承認しない						