

申請内容	被保険者又は被扶養者の別	被保険者	移送を受けた方の氏名		
		被扶養者			
	移送を受けた方の生年月日	年 月 日		続柄	
	傷病名				
	発病又は負傷の原因				
	発病又は負傷の年月日	年 月 日			
	移送の経路				
	移送の方法				
	移送年月日	年 月 日			
	付添人の有無	有・無	付添人の氏名		
	付添人の住所				
	移送に要した費用の額				
	第三者によるときはその事実				
第三者の氏名及び住所					

医師・歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由				
	付添を必要と認めた理由				
	移送経路				
	移送方法				
	移送年月日				
	<p>上記の通り相違ありません。 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所:</p> <p style="text-align: center;">医師又は歯科医師の</p> <p style="text-align: center;">氏名:</p>				