

決裁区分	町長	副町長	総務課長	課長	課長補佐	係長	係

移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号 番号	伊仙国保		被保険者名及び 生年月日等	昭・平 年 月 日生	男女	
	世帯主	氏名				世帯主との続柄	
		住所	鹿児島県大島郡伊仙町大字				
	疾病名				発病又は 負傷の日	平成 年 月 日	
	発病または負傷の 原因						
	療養取扱機関の 名称及び所在地	名称				入院 期間	平成 年 月 日から
		所在地					平成 年 月 日まで
	医師・看護師等の 移送付添の期間、 区間及び移送方法 について	(期間) 平成 年 月 日から					日間
		(移送区間)					平成 年 月 日まで
		(移送方法・利用交通機関等)					
移送に要した費用						合計 円	
上記のとおり申請します。							
平成 年 月 日							
被保険者氏名					印		

移送付添に関する意見書

医師が意見を記入するところ	疾病名		被保険者名及び 生年月日等	昭・平 年 月 日生	男女
			世帯主氏名		
	医師・看護師 等の移送付添 の期間、区間及 び移送方法に ついて	(期間) 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (移送区間) (移送方法・利用交通機関等)		日 間	
	移送を必要と 認める理由又 は必要と認め た理由等につ いて				
上記により移送及び移送付添をみとめます。					
平成 年 月 日					
住 所					
氏 名					

移送費支給申請書及び移送付添に関する意見書を添え申請します。

平成 年 月 日

住所
世帯主
氏名

㊞

伊仙町長 大久保明 殿