

移送費  
家族移送費  
**移送承認申請書**

(医師の記入欄)

患者名		傷病名	
患者の病状経過及び 移送を必要とした事由			
移送の日時	令和 年 月 日		
移送の方法	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 貸切寝台車 <input type="checkbox"/> その他 (      )		
移送の区間 及び回数	区間	～	
	回数	回	
上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 名称 氏名			

(移送経路略図)

被保険者又は被扶養者記入欄	移送経路を記入してください。