| 共済事務担当印 |
|---|
| ㊞ |

# 移　送　承　認　申　請　書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 組合員氏名 | | 組合員証記号番号 | 公立鹿 | 所属所名 | |
| 療養者氏名 | | 生年月日 | 大・昭・平　　年　　月　　日 | 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 | |

**医師の証明欄**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 傷　病　名 | | 健康保険で療養を開始した日 | 昭・平　　年　　月　　日 |
| | | 入　　院　　年　　月　　日 | 平成　　年　　月　　日 |

| 看護士等の付添を必要とする理由及びその期間 | 付添を必要とする理由 | 付添看護の形態 | 付添を必要と認める期間 |
|---|---|---|---|
| | (1)　病状が重篤のため | (1)　１人付き | 平成　年　月　日から<br>平成　年　月　日まで　日間 |
| | (2)　手術のため | (1)　１人付き | 平成　年　月　日から<br>平成　年　月　日まで　日間 |
| | (3)　その他 | (1)　１人付き | 平成　年　月　日から<br>平成　年　月　日まで　日間 |
| | | (2)　２人付き | 平成　年　月　日から<br>平成　年　月　日まで　日間 |
| | | (3)　３人付き | 平成　年　月　日から<br>平成　年　月　日まで　日間 |

その他の場合の理由

病状等の状況
1　傷病経過の概要

2　主な検査成績及び手術が行われた場合はその名とその施行月日

| | |
|---|---|
| 移送を必要とする理由及び看護士等の付添いが必要な場合はその理由 | |
| 備　考 | |

上記に掲げる理由で上記に掲げる移送が必要であると認めます。
平成　　年　　月　　日
保険医療機関　所　在　地
名　　称
開設者氏名　　印
保険医氏名　　㊞

| | |
|---|---|
| 移送の区間・方法・費用 | |
| 事前に申請することができなかった場合にはその理由 | |

上記のとおり申請します。
公立学校共済組合鹿児島支部長　殿　　〒
平成　　年　　月　　日　　住　所
申請者　氏　名　　㊞

上記の記載事項は，事実と相違ないものと認めます。
平成　　年　　月　　日
所属所長　職名
氏名　　印

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ください。

Ｈ１９．４改定〔整理番号　３９〕