

移 送 承 認 申 請 書

組合員氏名		組合員等 記号番号		所属所名	
療養者氏名		生年月日 性別続柄	昭和 平成 令和	年 月 日	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	傷 病 名		発 病 年 月 日	年 月 日	
	移送を必要 とする理由				
	令和 年 月 日	住 所 医 師 氏 名			
移送区間及び方法					
事前に申請をすることができなかった場合にはその理由					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">京都府市町村職員共済組合理事長様 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 申 請 者 氏 名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職 名 所 属 所 長 氏 名</p>					

1. 「医師の証明欄」に医師の証明を受けたい、提出してください。なお、訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。
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。