

移送 承認申請書

患者氏名		医療券番号								
		負担者番号	2	3	1	3	6	0	0	5
		受給者番号								X
担当 医師 の 意見	移送	移送区間								
		移送方法								
		移送年月日								
		移送を必要とする事由								
		費用見積額								
年 月 日										
医療機関名										
担当医師氏名(自署)										
やむを得ない理由で 事後に申請するとき はその理由										
上記のとおり申請します。										
年 月 日										
申請者氏名(自署)										
世田谷区長あて										
世田谷区 受付印										