

※支給決定年月日 令和 年 月 日			
部	長	課	長
		扱	合
			議

健康保険 被保険者 被扶養者 移送承認申請書・移送届

被 保 險 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の	記号	番号	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者の氏名 (自署)	フリガナ		事業所名					
	被保険者の住所	〒	-	都道府県		市区郡			
		電話							-
	申請者が被扶養者に関するときは、その方の	氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	
	傷病名	発病又は 負傷年月日	平成 令和	年	月	日	第三者行為 によるもの ですか	1.いいえ 2.はい	
	発病または 負傷の原因			移送(予定) 年月日	令和	年	月	日	
	移送を必要 とする理由								
	移送区間	から		まで	移送後入院外	1. 入院 2. 入院外			
	移送する前に 申請することができな かったときはその理由								

医 師 の 記 載 欄	傷病名	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和	年	月	日
	移送を必要と認めた理由					
	症状など 具体的に					
	移送経路 及び方法					
	上記の理由で移送の必要を認めます。					
	令和 年 月 日					
	所在地					
	医療機関名					
	医師の氏名					
	電話					

北海道農業団体健康保険組合

☆添付書類 付き添いを必要とする場合は、付き添いが必要と認めた医師の理由書（原本）