

被保険者 移送承認申請(届)書
被扶養者

証	記録	名簿	審査

決裁伺	令和	
常務理事	事務長	係

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所名
被保険者の現住所	郵便番号: - - - - -		電話番号: - - - - -
発病又は負傷 の年月日	令和 年 月 日	移送年月	令和 年 月 日
発病又は負傷の原因			
移送する前に申請 することができなかつた ときはその事由			
被扶養者が移送を受けるものであるときは、その者の			
氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄
備考			
医師 又は 歯科 医の 意見 並び に 証明	傷病名		
	移送を必要とした事由		
	移送の方法・区間・回数	方法:	区間: から まで 回
	上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 住所 医師又は歯科医 名称 氏名		
上記事由により移送(致したく・致しましたので)ご承認願いたく(申請・届出)致します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名			
北洋銀行健康保険組合理事長殿			
事業主 証明	上記の事実相違ないことを証明致します。		令和 年 月 日 住所 事業主 名称 (代理人) 氏名

(注) 提出部数 1 部
被保険者又は被扶養者が療養のため、移送を必要とする場合に事前に移送承認を受けるとき、又は
止むを得ない事由で事後に届出るときのものである。

北洋銀行健康保険組合

受付日