

該当する方に  
○印をつける

被保険者  
家 族

# 移送費 支給申請書

電話		電話	
事業主(所) 健保責任者	事業主(所) 健保担当者	所属上長	庶務係

常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

事業主(所)記載欄 適用事業所記号

健保担当の方が  
記入願います

(注意事項)

1. 在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状をご記入ください。資格喪失者退職者は、健保から直接銀行振込しますので、振込先欄は記入不要です。

2. 移送日が特退・任継加入期間の場合は、保険料の引き落とし口座へ振込しますので、振込先欄は記入不要です。

3. 移送費用の領収書は原本を添付してください。

4. 外傷性疾病で、その原因が相手のいない事故の場合は『傷害事故届』、相手がいる場合は『第三者行為による傷病届』を必ず提出してください。

会社名	東芝〇〇(株)		被保険者証 記号				被保険者氏名 東芝 太郎					
所属	〇〇部〇〇課		1	0	0	1	2	3	4	5	6	7
患者 氏名	東芝 良太		生年月日	S (H) R		XX年XX月XX日				被保険者 との続柄	長男	
傷病名	XXXXXX		発病又は 負傷の原因	XXXXXX				発病 年月日	H (R)	XX年XX月XX日		
移 送 年 月 日	H (R)	XX年XX月XX日		移送の経路 及び方法	寝台車:大田区王山病院 → 川崎市川崎台病院							
付 添 人	住所	付添人がある場合は、必ず記入する				移送に要 した費用	27,500円 (領収書原本を添付すること)					
第三者行為に起因するときは、 その事実および加害者の	住所											
給付金受取方法 (注意事項1・2参照)	この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。											
	A.会社経由での支給 *在職中の方は会社経由		【委任状】		令和XX年XX月XX日 被保険者氏名				東芝 太郎			
	B.個人への直接支給 *退職(予定)者のみ可		【退職日】		退職者用 【振込先】		ゆうちょ銀行不可		銀行		当座	
H・R		年 月 日		口座 番号		名義人						
上記のとおり申請します。											令和 XX年 XX月 XX日	
〒 999-9999												
住所 神奈川県川崎市〇〇区△△町××番地												
被保険者 氏名 東芝 太郎												
電話 XXX - XXX - XXXX												
東芝健康保険組合 御中												

在職者は委任状に記名が必要  
(振込先の記入は不要)

移送元の医師又は 歯科医師の意見	患者名			傷病名			移送日	H・R	年 月 日		
	移送を必要と認めた理由	※転院前の病院で証明してもらう									
	付添を必要と認めた理由										
	入院した 病院又は診療所	所在地	名称		電話 ( )						
	移送の経路 及び方法					入院 期間	H・R	年 月 日 ~		H・R	年 月 日 ( 日間)
上記のとおり相違ありません。											令和 年 月 日
〒											
住所											
医師又は歯科医師 氏名											
電話											

記載欄 (備考欄)	支給決定額	支払先コード	支給年月日
	円		令和

※ 本届に記載した個人情報並びに証明書類については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。