|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業主（所）記載欄  適用事業所記号 | | |
|  |  |  |

（注意事項）

　移送費 支給申請書

**被保険者**

**家　　族**

K0304-A

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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 | ｸﾞﾙｰﾌﾟ長 | 主務者 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |

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、退職日・振込先(被保険者名義)をご記入ください。

２．移送日が特退・任継加入期間中の場合は、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 | |  | | | | | | | 被保険者証 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | | | | | | | | | |
| 記　号 | | | | | | 番　　号 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 所 属 | |  | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |
| 生年月日 | | | | Ｓ・Ｈ 年 　月　 日 | | | | | |
| 患　　者 | | 氏名 |  | | | | | | | | | 生年  月日 | | | | S・H・R | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | 被保険者との続柄 | | |  |
| 傷 病 名 | |  | | | | | | 発病又は  負傷の原因 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 発　病  年月日 | | | | H・R | | 年　　月　　日 | | |
| 移　　送  年 月 日 | | Ｈ・Ｒ | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | 移送の経路  及び方法 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 移送に要した費用 | | | | |  | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | (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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注意事項１･２参照）  給付金受取方法 | A.会社経由での支給 ＊在職中の方は会社経由 | | | | | | 【委任状】 | | | この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。  令和　　年　　月　　日　被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B.個人への直接支給  ＊退職（予定）者のみ可  【退職日】 H・R　　　年　　　月　　　日 | | | | | | **ゆうちょ銀行不可**  退職者用  【振込先】 | | | 銀行 | | | | | | | | | | | | | | | | 支店 | | | | | | | | | 普通 ・ 当座 | |
| 口座  番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |  | | | | | | |
| 名義人 | | | |  | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日  〒  住所  被保険者　氏名  電話  東芝健康保険組合 御中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | | | | | |
| 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  Ｈ・Ｒ | 年　 月 　 日 ～  　 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 | | | | | | | | | | | |

　組　合

　記載欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **支 給 決 定 額** | **支 払 先 コード** | **支 給 年 月 日** |
| 円 |  | 令和 |
| （備考欄） | | |

※　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。