|  |
| --- |
| 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・ＲＨ・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。