

移送承認申請書・移送届

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号	番号	被保険者氏名		(印) シャチハタ可
	連絡先 住所 電話番号	〒 -		都道 府県		自宅TEL () - 携帯TEL () -
	会社名					
	所属					
	移送を受ける方が 被扶養者の場合	氏名				
	傷病名				業務上や交通事故や ケンカなどによるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	発病または 負傷の原因					
	移送を必要 とする理由					
	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			<input type="checkbox"/> 緊急を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()		
	最初に療養・ 手当を受けた 医療機関	所在地	TEL ()			
	名称		医師名			

☆添付書類	①移送を必要と認めた医師の意見書(原本) 移送を受ける方の氏名・移送を必要とした理由・移送方法・移送経路・ 記載日・医師の記名押印等のあるもの
	②付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)

※「移送承認申請書・移送届」と「移送費支給申請書」は両面印刷してください。

健 保 記 入 欄	決定事項	承認・不承認(理由)			
	対象者	被保険者	被扶養者	付添	有・無
	移送承認日	年 月 日			
	決裁	常務理事	事務長	GM	担当

作業完了

健保受付印

(R1.5.1改訂)

移送費支給申請書

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号	番号	被保険者氏名	⑩ シヤチハタ可											
	連絡先 住所 電話番号	〒 - 都道府県			自宅TEL () -						携帯TEL () -					
	会社名															
	所属															
	移送を受ける方が 被扶養者の場合	氏名														
	移送を受けた 区間、移送期 間 および費用	移送区間														
		利用交通機関														
		移送期間		年 月 日～		年 月 日		日間								
		移送に要した費用		円												
	振込先金融機関	★振込先は会社を退職した方や任意継続の方のみご記入ください。														
	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所		預金種目	普通	口座番号									
	銀行コード	支店コード		カタカナで記入		ゆうちょ銀行は振込用の店名・口座番号をご記入ください										
	口座名義 (被保険者名義のみ)															

☆添付書類 ①移送に要した費用の領収明細書(原本)

健 保 記 入 欄	費用実費	支給・不支給(理由)			
	費用実費	円			
	支給額	円			
	決 裁	常務理事	事務長	GM	担当

作業完了

健保受付印

(R1.5.1改訂)