

記入例

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 令和元年 6月 1日

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号・番号は、ご自身の保険証の氏名の上に記載 してありますのでご確認の上、ご記入ください。		被保険者氏名	健保 太郎		
	連絡先 住所 電話番号	〒 999 - 9999 愛知 都道 健康市保険町〇-〇		自宅TEL (0566) 21 - 6543 携帯TEL (090) 1234 - 5678			
	会社名	株式会社 ○○○○					
	所属	○○工場 ○○部 ○○課 ○○組					
	移送を受ける方が 被扶養者の場合	氏名	健保 和子				
	傷病名	脳出血		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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	発病または 負傷の原因	不詳					
	移送を必要 とする理由	最初にかかった医療機関では設備が不十分で、違う医療機関へ行ったため					
	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 checked="" 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	○○県○○市○○町1-1		TEL	0123 (45) 6789	
	名称	○○クリニック		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	常務理事	事務長	GM	担当
裁					

作業完了

健保受付印

(R3.8.1改訂版)

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 令和元年 6月 10日

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号 記号・番号は、ご自身の保険証の氏名の上に記載 してありますので確認の上、ご記入ください。	険者氏名	健保 太郎												
	連絡先 住所 電話番号	〒 999 - 9999 愛知 都道 健康市保険町〇-〇	自宅TEL	(0566)	21	-	6543									
			携帯TEL	(090)	1234	-	5678									
	会 社 名	株式会社 ○○○○														
	所 属	○○工場 ○○部 ○○課 ○○組														
	移送を受ける方が 被扶養者の場合	氏 名	健保 和子													
	移送を受けた 区間、移送期 間 および費用	移送区間	○○クリニック → △△市民病院													
		利用交通機関	タクシー													
		移送期間	令和元年 5月 20日～令和元年 5月 20日の 1 日間													
		移送に要した費用	7,500 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	1	2	3	4	5	6	7
	銀行コード	9	8	7	6	支店コード	5	4	3							
	口座名義 (被保険者名義のみ)	カタカナで記入 ケンポ タロウ							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							

☆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

(R3.8.1改訂版)