

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	被保険者証等の の	記号	番号	被保険者氏名	
	連絡先 住所 電話番号	〒	-	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	常務理事	事務長	GM	担当
	裁				

健保受付印

(R6.12.2改訂:xls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 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証等の 記号	番号	被保険者氏名								
	連絡先 住所 電話番号	〒	-	都道府	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								
	口座名義 (被保険者名義のみ)		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					

☆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



(R6.12.2改訂:xls版)