

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6年 12月 10日

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--|--------------|-------|----------------------------------|-----------------------------|---|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証等の 記号 | 99 | 番号 | 99999 | 被保険者氏名 | 健保 太郎 | |
| | 連絡先 住所 電話番号 | 〒 999 - 9999 | | | 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 | | | |
| | 決裁 | 常務理事 | 事務長 | GM | 担当 |

| |
|-------|
| 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 令和6年 12月 10日

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------|---|-------|------|------|---|----|----------------------------|---|---|---|---|--|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証等の 記号 | 99 | 番号 | 99999 | 被保険者氏名 | 健保 太郎 | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 住所 電話番号 | 〒 999 - 9999 | | | 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6年 12月 2日～ 令和6年 12月 2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 | 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 | 普通 | 口座番号 | | | | | |
| | 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 |
| | | | | | |

健保受付印

(R6.12.2改訂:xls版)