

支 給 決 定 決 議 書						
科目	移送費 ・ 家族移送費		給付実績等	常務理事	事務長	係
金額	法定給付	円				
	付加給付	円				
	合計	円				
資格記録	資格取得日	年 月 日	備考	決定	年 月 日	
	資格喪失日	年 月 日				
	認定日	年 月 日				
	削除日	年 月 日				

健康保険

☐被保険者
☐家 族

移送費支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号		事業所	名称						
		番号			所属	TEL					
	移送を受けた者の氏名				移送を受けた者の生年月日	年 月 日			被保険者の続柄		
	傷 病 名					発病又は負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)				
	発病又は負傷の原因										
	診療を受けた医療機関等	名 称					医師名				
		所在地									
	移送の経路及び方法										
	移送年月日	年 月 日				移送に要した費用		円			
	付添人の氏名及び住所	氏名				住所	〒				
	第三者の行為によるものですか	☐ ある ☐ ない	「ある」の場合 健保組合への 届出の有無	☐ ある ☐ ない	第三者の氏名						
					第三者の住所						
	資格喪失者	銀行名				支店名				口座種別	普通 ・ 当座
	振込先口座	口座番号				口座名義					
	・ 上記のとおり申請します。 ・ 在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。 ・ 電通健康保険組合が移送費（家族移送費）の支給審査を行うにあたり、該当の療養を担当した医療機関等に対し照会を行うこと及び医療機関等が照会の回答をされることに同意します。 なお、照会先が複数となる場合は、この同意書の写しも有効とします。 年 月 日 被保険者名 電通健康保険組合理事長殿										
備考											

医師 又は 歯科 医師 の 意見 記入 欄	移送を必要と 認めた理由	
	付添を必要と 認めた理由	
	移送先の病院 又は診療所の名称	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名 TEL

(注) ①この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類（領収書等）を添付して下さい。

②上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所と氏名を明記した翻訳文を添付してください。