

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		記 録	決定	年 月 日
	付加給付	円				
	合計					
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				

◎この欄には記入しないでください。

健康保険

被保険者

移送費支給申請書

家 族

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等		記号	××	事業所	名称	(株)××××			
			番号	×××××		所属	××局××部	TEL×××-××××-××××		
	移送を受けた者の氏名		電通 花子		移送を受けた者の生年月日		昭和××年××月××日		被保険者との続柄	妻
	傷病名		心筋梗塞		発病又は負傷の年月日		令和××年××月××日 (負傷の場合は 時頃)			
	発病又は負傷の原因		不詳							
	診療を受けた医療機関等		名称	××××病院			医師名	×× ××		
			所在地	××県××市××町×-××-××						
	移送の経路及び方法		××病院から民間救急車で△△病院まで移送							
	移送年月日		令和××年××月××日			移送に要した費用		××, ×××円		
	付添人の氏名及び住所		氏名	医師または看護師が付き添った場合1人分の氏名を記入してください。			住所	〒×××-×××× ××県××市××町×-××-××		
第三者の行為によるものですか		<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	「ある」の場合 健保組合への届出の有無		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	第三者の氏名		第三者の住所		
資格喪失者振込先口座		銀行名			支店名			口座種別	普通・当座	
		口座番号			口座名義					
<p>・上記のとおり申請します。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 ××年 ××月 ××日 被保険者名 電通 太郎</p> <p>電通健康保険組合理事長殿</p>										
備考										

医師 又は 歯科 医師 意見の 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	この欄は医師に記入してもらって下さい。
	移送先の病院 又は診療所の名称	
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名 TEL</p>		

(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。