

		※ 支給額		円				
健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書								
情報	① 被保険者等 記号・番号	記号 9876 番号 54321	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2					
	② 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	② 生年月日 昭和/平成 ××年××月××日					
	④ 住所	〒 113 - 0000 (都道府県) 文京区〇〇×-×-× □□マンション×××号	⑤ 電話番号 (日中の連絡先) ×× (××××) ××××					
	⑥ 事業所名称	株式会社 □□□□	⑦ 問い合わせ先 (チエックが無い場合は事業所へ連絡いたします) <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 社労士					
	◎【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。							
	⑧ 受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)						
③ 容	⑨ 家族の場合はその方の	氏名 健保 花子 生年月日 昭和/平成 ΔΔ年Δ月Δ日 続柄(業)						
	⑩ 傷病名	脳出血(妊娠××週)		⑪ 発病又は負傷年月日 平成 ×年×月×日				
④	⑫ 発病又は負傷の原因	不明		⑬ 第三者行為によるものですか		はい · いいえ		
	⑭	はいの場合		氏名 住所				
移送の経路		移送元: 〇〇産婦人科医院 から 移送先: △△総合病院		まで				
移送の手段及び距離		手段: <input checked="" type="checkbox"/> 専用車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> その他 ()		距離: 15 km				
移送期間及び回数		令和 ×年×月×日 から 令和 ×年×月×日まで		(回数 1 回)				
移送に要した費用		××,××× 円						
⑥ 先	公金受取口座 <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。)							
	銀行コード	0123XXXX		銀行 金融・信組 郵便・その他()	預金種別 (普通・当座・その他())			
	支店コード	4567△△△△		支店 本店・出張所 その他()	口座番号	1234567		
公金受取口座 <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)								
委任状	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名						
	受領代理人	氏名						
◎振込先欄には被保険者(③欄の方)の口座または、事業所より届出されている口座をご記入ください。 ◎委任状欄は事業所より届出されている口座へ振込みする場合のみご記入ください。								
受付日付印								
東京都電機健康保険組合				(R6.12)				

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- ① 被保険者等記号・番号は、「マイナポータル資格確認画面」、「資格情報のお知らせ」 「資格確認書」のいずれかでご確認ください。わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。
- ② 被保険者情報の欄には被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です。) ※除籍謄本、住民票等が必要になる場合があります。詳細はお問合せください。
- ③ 受診者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- ④ 打撲、骨折、捻挫等の外傷性の場合は、負傷となった原因を詳しくご記入ください。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- ⑤ 傷病の原因が第三者行為によるもの場合は、当組合へご連絡いただいたうえ、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- ⑥ 振込先は被保険者名義の口座をご記入ください。振込先を事業所に指定する場合、委任状欄にご記入してください。
※訂正箇所には、二重線を引き訂正してください。
注: 骨髓液又は臍帯血の搬送に係る申請は「療養費支給申請書」にてご申請ください。

添付書類(①と②のどちらの書類も必要となります。)

- ① 移送の費用を自己負担していることが確認できる領収書の原本及びその内訳別の費用額が記載されたもの
- ② 移送の経路及び手段、距離、期間(移送日)、回数などの移送内容の詳細を確認できるもの

注: ご提出いただいた原本は、お返しできませんので、ご了承ください。

提出先住所 〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4 東京都電機健康保険組合 医療給付課

健康保険 被保険者 移送承認申請書・移送届
家族

情報	① 被保険者等 記号・番号	記号 9876 番号 54321	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	② 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 タ郎	② 生年月日 昭和・平成 ××年××月××日
	④ 住所	〒113-0000 都・道 文京区〇〇×-×-× □□マンション×××号	⑤ 電話番号 (日中の連絡先) ××(××××)××××
	⑥ 事業所名称	株式会社 □□□□	⑦ 問い合わせ先 (チェックが無い場合は事業所へ連絡いたします) <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 社労士

※【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

内容	⑧ 受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑨ 第三者行為によるものですか	はい・いいえ
	⑩ 家族の場合はその方の氏名	健保 花子	生年月日	昭和・平成 令和 △△年△月△日 続柄(妻)
	⑪ 傷病名	脳出血(妊娠××週)	⑫ 発病又は負傷年月日	平成 □年□月□日
	⑬ 発病又は負傷の原因	不明		
	⑭ 移送を必要とする理由	緊急で手術する必要があったが、設備が整っていなかったため。		
	⑮ 移送区間及び回数	〇〇産婦人科 から △△総合病院 まで (1 回)		
⑯ 移送前に提出できなかったときはその理由	緊急で移送が必要な状態であったため、移送実施後の提出になったもの			

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

歯科医師記入欄	⑰ 患者氏名	
	⑱ 傷病名	
	⑲ 移送を必要と認めた理由	
	⑳ 移送方法	
	㉑ 移送区間及び回数	から まで (回)
	上記のとおり移送の必要を認めます。	
㉓ 所在地		
㉔ 医療機関等名称		
㉕ 医師・歯科医師の氏名	電話番号 ()	

受付日付印

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- ① 被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」の資格確認画面、「資格情報のお知らせ」「資格確認書」のいずれかでご確認ください。わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。
- ② 被保険者情報の欄には被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です。)
※除籍謄本、住民票等が必要になる場合があります。詳細はお問合せください。
- ③ 対象者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

▷ 骨髄液又は臍帯血の搬送に係る申請は「療養費支給申請書」と移送承認申請書・移送届をご提出ください。

注: ご提出いただいた原本は、お返しできませんので、ご了承ください。

提出先住所 〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4 東京都電機健康保険組合 医療給付課