支給決定伺	支給決定金額	円	常務理事	事務長	係
	支払期間	自 令和 年 月 日 去 令和 年 月 日 日間			

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書(第　　回)

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長　殿

下記のとおり移送費が発生しましたので請求します。

令和　年　月　日提出

① 被保険者等記号・番号			② 被保険者の氏名と生年月日	(カナ) (昭和・平成　年　月　日)			
③ 被保険者の住所と電話番号	〒　－　TEL(　)　－				④ 事業所の名称		
⑤ 移送を受けた家族氏名	(カナ)		⑥ 家族の生年月日	昭和 平成　年　月　日 令和	⑦ 被保険者との続柄		
⑧ 傷病名				⑨ 発病又は負傷の年月日	令和　年　月　日		
⑩ 発病又は負傷の原因					⑪ 第三者行為によるものです	はい　・　いいえ	
⑫ 診療等の支給及び手当を受けた医療機関等の名称及び所在地				⑬ 診療を担当した医師等の氏名			
	〒　－　TEL(　)　－						
⑭ 移送を受けた区間	移送元			⑮ 移送期間	自 令和　年　月　日		
	移送先				去 令和　年　月　日		
⑯ 移送回数	回	⑰ 移送に要した費用の額	円	⑱ 利用交通機関		km	

⑲ 振込金融機関名		預金種別	口座番号	受取人名
銀行 信託銀行 信用金庫 その他	本店 支店 支所 出張所	普通 当座		(カナ)

⑳ 受取代理人が記入する欄	
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日
	被保険者　住所　〒　－
	(請求者)　氏名　㊞
	代理人　住所　〒　－　☎(　)　－
	(実際に給付金を受領する者)　氏名　㊞
	委任者と代理人との関係

2024.12.2

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

傷　病　名	
移送を必要とする理由 （症状、その他具体的に記入してください。）	
移送の方法 区間・回数	

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和　　年　　月　　日

住　所

医　師　　㊞

氏　名

医師へのお願い　　2024.12.2

・この書類は、移送を必要とした場合に保険者へ提出することになっておりますので、至急に作成し速やかに提出するようお願いします。

・数字又は文字を訂正する場合は、二重線で抹消したうえ、上記と同じ証明印を押印してから正しい数字又は文字を記入してください。