

記入例

下記申請にもとづき次のとおり 支給申請を決定いたしたい。		常務理事	事務長	関係者	関係者	担当者
決裁年月日	令和 年 月 日					
支給額						

(家族)移送料支給申請書

東北電力健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

下記のとおりに申請いたします。

☒この届出は被保険者が内容を確認し作成しています

被 保 険 者 氏 名	記 号 番 号		事業所	東北電力㈱
電 力 太 郎	11-1111		所 属	〇〇営業所〇〇課

移送を受けた者の氏名	続柄	性別	移送を受けた者の生年月日	被保険者連絡先電話番号
電 力 一 郎	長男	男	昭・平・令 〇〇 年 〇 月 〇〇 日	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ※ 日中の連絡先番号を記入

傷 病 名	低体重児による呼吸不全
-------	-------------

入院又は受診した病院等の 名称及び所在地	名 称	〇×病院
	所 在 地	佐渡市〇町〇丁目〇番〇号

移送区間及び方法	佐渡市～新潟市 ジェットフォイル
----------	---------------------

移送した年月日及び回数	〇〇 年 〇 月 〇〇 日から 〇〇 年 〇 月 〇〇 日まで 1 日間
-------------	--

移送に要した費用	30,000 円
----------	---------------

傷病又は負傷の経過	低体重児による呼吸不全のため、佐渡市内での治療が困難となり (医療設備が整ってない)、緊急かつ迅速に新潟市内の病院への 搬送が必要となった。
-----------	--

医 師 証 明 欄	上記のとおり移送の事実を証明する。	
	令 和 XX 年 X 月 XX 日	医療機関名 〇×病院
		所 在 地 佐渡市〇〇町〇丁目〇番〇号
		医 師 氏 名 佐藤 △〇

- (1) 記載できる欄はもれなく記載し、空欄は斜線を引いて下さい。
- (2) 移送費用の明細が記入された領収書(原本)を添付して下さい。