支給伺　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事 務 長 | 主　　査 | 担 当 者 | 承認事項 | 移送年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | 支給額 | 円 |
|  |  |  |  | 移送方法 | 寝台車・タクシー・その他（　　　　　） |
| 移送区間 | 自　　　　　　至 |

被保険者

被扶養者

**移送費承認・支給請求書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入するところ | 被扶養者に関するときは、その者の氏名 | |  | | | 生年  月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | 被保険者  との続柄 |  | |
| 傷病名 | |  | | | | 発病又は負傷の原因 | | | | |  | | | | |
| 発病又は負傷  の年月日 | | 年　　　月　　日 | | | | 第三者行為によるもので  有　・　無 | | | | | | | | | |
| 移送の内容 | 方　法  （いずれかに○印） | 寝台車・タクシー・その他（　　　　　　　　） | | | | | | | 移送に要した費用 | | | 円 | | | |
| 区　間 | 自 | | | | | 至 | | | | | | | | |
| 距　離 | ㎞ | | 移送年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 医師が記入するところ | 傷病名 | |  | 移送を必要とする理由 | | | |  | | | | | | | | |
| 移送の内容 | 方　法  （いずれかに○印） | 寝台車・タクシー・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 区　間 | 自 | | | | | 至 | | | | | | | | |
| 距　離 | ㎞ | | | 移送年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 上記のとおり移送の必要を認めます。  　 　　　　年　　　　月　　　　日 | | | 医師の | | 住所 | | |  | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | |  |
| 電話 | | |  | | | | | | | |

（注）病院から病院へ移送の場合、送り出す方の医師の証明が必要です。

上記のとおり申請いたします。

年　　　月　　　日

東京電力健康保険組合理事長 殿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 所属事業所名 |  | | | |
| 被保険者証  記号・番号 |  | － |  | |
| 現　住　所 |  | | | |
| 氏　　　名 |  | | |  |
|  | 連 絡 先  (内 線) |  | | |  |

※押印は廃止となっております。