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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | HD　・　PG　・　RP　・　EP |
|  | 基幹事業会社 | ＊該当の基幹事業会社に〇をつけてください |
| 被保険者 | 所属事業所名 |  |
| 社 員 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。