【記入例】　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	健保　一郎	生年月日	2020年　4月　1日	被保険者との続柄	長男
	傷病名	急性腸炎	発病又は負傷の原因	不詳		
	発病又は負傷の年月日	2024年　3月　1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	50,000円		
	移送の内容 区間	自　○○整形外科	至　○○大学附属病院			
	移送の内容 距離	20 km	移送年月日	2024年　3月　5日		
医師が記入するところ	傷病名		移送を必要と			
	移送の内容 方（いずれか			）		
	移送の内容 区					
	移送の内容 距			月　日		
	上記のとおり					
	年　月　日　医師の氏名					
	電話					

こちらの記入は医師へ依頼してください。

（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。

東京電力健康保険組合理事長 殿

2024年 4月　5日

（HD）・PG・RP・EP
＊該当の基幹事業会社に○をつけてください

基幹事業会社	
所属事業所名	オフィスサービスセンター　○○G
社員番号	1234567
現住所	東京都荒川区東尾久○-○-○
氏名	健保　太郎
連絡先（内線）	955-12345

被保険者

※押印は廃止となっております。