

※ 支給 支払 決議 書	同 年 月 日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
	決 済 年 月 日	令和 年 月 日				
	支 給 金 額	百万 拾万 万 千 百 十 円				
	移 送 承 認 (事前連絡等)	事前連絡あり 令和 年 月 日	取 得 年 月 日	平・令 年 月 日		
		事前連絡なし (承認・否認)	喪 失 年 月 日	令和 年 月 日		
	移 送 期 間 ・ 回 数	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (回数 回)				
備 考					受付日付印	

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

## 健康保険<sup>1</sup> 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届・移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	2 被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	-	3 被 保 険 者 氏 名		
	4 被 保 険 者 の 現 住 所	〒 <input type="text"/> Tel <input type="text"/>			
	5 移送の事前承認を得ていない場合はその理由（※原則、やむを得ない場合を除き、事前に当健保組合の承認が必要となります）	<input type="text"/>			
	6 移送を受けた方が被扶養者（家族）であるとき	<input type="text"/>			
		<input type="text"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
	7 傷 病 名			8 発 病 また は 負 傷 年 月 日	平・令 年 月 日
	9 発 病 の 原 因 お よ び 経 過	原因および経過 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ <b>➡</b> 負傷原因届を併せてご提出ください。 ※負傷の原因が第三者の行為による場合は「第三者行為による傷病届」も提出してください。			
	10 診 療 を 受 け た 保 険 医 療 機 関 等	<input type="text"/>	名称	<input type="text"/>	
	11 移送を必要とする理由、受けた区間、移送期間および費用の請求	<input type="text"/>			
		<input type="text"/>	区間	から	まで <input type="text"/>
		<input type="text"/>	期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
		<input type="text"/>	回数	回 <input type="text"/>	距離 <input type="text"/> km 移送に要した費用の額 <input type="text"/> 円
12	振 込 先 指 定 口 座 ※被保険者本人名義	<input type="text"/>	支店名 <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	口座番号	口座名義人 <input type="text"/>		

【留意事項：申請者（被保険者）殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、被保険者（申請者）の署名が必要となります。  
※移送に要した費用が確認できる書類として、「移送に要した費用の領収書原本」を添付してください。

医師が意見を記入するところ	13 患者氏名		14 傷病名	
	15 移送を必要と認めた理由 ※症状などを詳しく記入してください			
	16 必要と認めた移送の区間回数	区間	から	まで 回数 回
	17 上記のとおり移送の必要を認めます。			
		令和 年 月 日 医療施設所在地 医療施設名称 医師氏名 TEL		

【留意事項：医療施設担当医師殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、担当医師の署名が必要となります（確認させていただく場合があります）。  
 ※内容により当組合（保険者）から照会させていただく場合がありますので予めご了承ください。

受取代理人の欄	18 本請求書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 氏名		19 被保険者との関係
		代理人 住所 氏名		
20	振込先指定口座 ※代理人名義	金融機関名	支店名	
		口座番号 (普通預金)	口座名義人 (カタカナ)	