

※ 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	移送承認申請書・移送届・移送費支給申請書 記入例			
	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 事前連絡なし(承認・否認)	取得年月日	平・令 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)		喪失年月日	令和 年 月 日	
	備考	当組合記入欄				

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 ¹ 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 被保険者の 記号・番号	123 - 45678	3 被保険者氏名	健保 拓哉	
	4 被保険者の 現住所	〒105-0000 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123 Tel 080-0000-0000			
	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)	理由			
	6 移送を受けた方が被扶養者(家族)であるとき	被扶養者氏名 健保 翼 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4年 4月 11日 被保険者との続柄 長男			
	7 傷病名	呼吸障害・チアノーゼ	8 発病または 負傷年月日	平・令 4年 4月 11日	
	9 発病の原因 および経過	原因および経過 <input checked="" type="checkbox"/> 病気 出生から6時間経過後に呼吸障害、チアノーゼに陥る。 <input type="checkbox"/> ケガ → 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	名称	★★★病院	所在地	東京都港区●●●7-8-9
	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	理由 出生から6時間経過後に呼吸障害、チアノーゼが出現し、改善しないため、大学病院への搬送が必要となった。			
		区間	★★★病院 から ●▲■大学病院 まで	利用交通機関	新生児専用救急車
		期間	令和 4年 4月 11日 から 令和 4年 4月 11日 まで		
		回数	1 回	距離	15 km
			移送に要した費用の額		8,480 円
12	振込先指定口座 ※被保険者本人名義	金融機関名	●▲■銀行	支店名	▲■★支店
		口座番号	1234567	口座名義人	(普通預金) (カタカナ) ケンポ タクヤ

【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	健保 翼	14 傷病名	呼吸障害・チアノーゼ
	15 移送を必要と認められた理由 ※症状などを詳しく記入してください	健保 桜ベビーは、令和4年4月11日に出生し、出生より6時間後に呼吸障害、チアノーゼが出現し、改善しないため、●▲■大学病院への搬送が必要と判断した。		
	16 必要と認められた移送の区間回数	医師に証明を頂いてください		回数 1回
	17 上記のとおり移送の必要を認めます。	令和 4年 4月 20日 医療施設所在地 東京都港区▲▲▲3-4-5 医療施設名称 ●▲■大学病院 医師氏名 ○△ □☆ TEL 03-2222-0000		

【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 代理 氏名	19 被保険者との関係
	20 振込先指定口座 ※代理人名義	金融機関名 (普通預金) 口座番号	支店名 (カタカナ) 口座名義人