三菱電機健康保険組合　行

被保険者 家族　移送承認届・移送費支給申請書

令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号	記号		番号	被保険者氏名	
所　属	事業所名　□ 特例退職　□ 任意継続			生年月日	昭・平　年　月　日
被保険者住所	（〒　－　）　TEL（　　）　－				
移送を必要とする者の氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日	続柄	
傷病名			発病又は負傷年月日（療養開始日）	令和　年　月　日	
発病又は負傷の原因及びその経過					
第三者行為によるものですか	はい　・　いいえ　→（○をつける）				
移送区間	から →　まで				
移送日	令和　年　月　日	回数	回	距離	ｋｍ
移送に要した費用の額	円	利用交通機関			

※ 退職後の請求の場合《特例退職・任意継続の方は**記入不要**　保険料を引き落としている口座に入金します》

入社年月日	昭・平・令　年　月　日	退職年月日	平・令　年　月　日		
フリガナ		預金種目	□普通　□当座	フリガナ	
金融機関名	銀行	支店	口座番号	名　義	
備　考					

医師記入欄

傷病名			
移送期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	回数	回
移送区間	から →　まで		
移送後（○をつける）	入院　・　入院外	移送先	病院
移送理由 ※症状などを入れて詳しく			

上記の理由により移送の必要を認めます。

令和　年　月　日

医療機関　名　称

所在地

医師名　　TEL（　　）　－

■お願い■訂正箇所には訂正印を押印願います

健保記入欄

支 給 額	¥		支給決定日	令和　年　月　日	
	支給決定並びに支出決議	常務理事		担当者	

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所担当者受付印	

24-12

［添付書類］
1．移送に要した費用の領収書（原本）及び、費用の内訳がわかる明細書

［注意事項］
1．発病又は負傷の原因が業務上、又は通勤途上中の事故による場合は労災保険からの給付があるため健保から移送費は支給されません。
2．特例退職・任意継続の方は保険料を引き落としているご指定の口座への入金となります。