

健保組合 使用欄	受付日	年 月 日		
	常務理事	事務長	担当	担当
	不支給理由			

豊田通商健康保険組合 宛

移送費申請書

		申請日	年 月 日		
保険証		フリガナ	電話番号		
記号	番号	被保険者 氏名	生年月日		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
移送を必要とする者の氏名		移送を必要とする者の生年月日・続柄	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被保険者との続柄
傷病名		発病または 負傷年月日	年 月 日		
発病または負傷の原因及びその経過					
移送年月日	年 月 日	移送回数	回	移送距離	Km
移送を受けた 区間	から	まで	移送先	病院	
利用手段 (交通機関)			移送に要 した費用	円	
委任状	給付金の受領を事業主に委任します。事業主経由でお支払いします。 年 月 日 被保険者住所 〒 被保険者氏名				
振込先	・委任した時は振込先の記入不要 ・任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします				
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本・支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
	口座番号			口座名義人 (カタカナ)	
医師 証明 欄	傷病名				
	派遣・搬送を 必要とする理由		実施日	年 月 日	
	入院した場合 の入院期間	年 月 日から		年 月 日まで	
	移送の経路 及び方法		移送年月日	年 月 日	
	年 月 日	医療機関所在地 〒 医療機関名称 医師の氏名			

(注) (1) この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類（領収書等）を添付して下さい。

(2) 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

注意事項	支給の時期	療養費の支給は、毎月20日（土日祝の場合は翌平日）までに審査が完了した申請を翌月10日（金融機関休業日の場合は前平日）に、事業所に支給します。 ※任意継続被保険者は、直接給付金振込口座にお振込みします。
	支給決定通知書	支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。 http://toyotsu.or.jp/kenpo/

◆申請ルート◆ 申請者→事業所→健保組合

2024年6月改