

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者
被扶養者 移送費支給申請書

被保険者記入欄	被保険者等記号・番号			被保険者氏名			
	事業所名				電話番号		
	対象者氏名	続柄			生年月日	S·H·R 年 月 日	
	傷病名						
	発病または負傷の原因	いつ	H·R 年 月 日	どこで			
		どのように					
		勤務時間中ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	通勤途上ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	交通事故等の第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	移送年月日	H·R 年 月 日			移送に要した費用	円	
	移送区間				移送方法		
	移送を受けることになった理由						
被保険者氏名(自筆) 支給金額の受領を事業主に委任いたします。							

※移送に要した費用の領収書原本と明細書を添付すること。

医師意見記入欄	対象者氏名			傷病名		
	移送年月日	H·R 年 月 日				
	移送区間及び方法					
	移送を必要と認める理由					
	付添人の有無と氏名・住所	<input type="checkbox"/> 有 → 氏名				<input type="checkbox"/> 医師
		<input type="checkbox"/> 無 住所				<input type="checkbox"/> 看護師
	付添を必要とする理由					
上記の通り相違ないことを証明します。						
R 年 月 日 所在地 医療機関 名称 保険医氏名 電話番号						

組合記入欄	支給並びに支出決済伺				
	移送方法		常務理事	事務長	担当
	移送区間				
支給決定額					
		円			