

《記入例》

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	記入不要	務理事	事務長	係	係	
	移送年月日	平成	年							
	資格	得	昭・平	年		月	日	喪	平	年

認印可
シャチハタ不可

ソニー健康保険組合 理事長殿

健康保険 被保険者

移送費承認申請書・移送届・移送費支給申請書

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印	健保 太郎	
	③被保険者の住所	〒999-9999 〇〇県△△市××99-99		専用線可 9-〇〇〇-〇〇〇〇	
	④日中連絡の取れる電話番号	□自宅 □勤務先 □携帯	99-9999-9999	□自宅 □勤務先 □携帯	-
	⑤被保険者の本籍会社名	〇〇××株式会社		⑥第三者の行為によるものですか	□はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑦傷病名	四肢骨折・全身打撲・右肺挫		⑧発病又は負傷の年月日	平成 24年 11月 23日 (負傷の場合は 23 時頃)
	⑨発病又は負傷の原因	車の運転中カーブを曲がりきれず、ガードレールに激突			
	⑩診療を受けた医療機関の名称	××医院	(b) 所在地	〇〇県〇〇市〇〇9999	
	⑪移送を必要とする又は移送を受けた	(a) 理由	離島にて緊急手術が必要だったが、島内の病院には設備がなかった為		
		(b) 区間	〇〇医院	から	經由 〇〇大学病院
		(c) 回数	1 回	(d) 移送距離	50 km
		(e) 利用交通機関	ヘリコプター		
	(f) 移送年月日	平成 24年 11月 24日	(g) 移送に要した費用	351,230 円	
	⑫被扶養者に関する申請の時はその者の氏名	氏名		生年月日	被保険者との続柄
⑬この申請書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職するか	□はい⇒⑭へ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑯へ		⑭で「いいえ」の場合は被保険者名義の口座を記入		
⑮振込希望口座	銀行	銀行 普通 店番	リガナ		
	郵便局	支店 当座 口座番号	名義人氏名		
	記号	番号	リガナ		
⑯委任状 (押印必須)	私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記の受領方を委任します。		認印可 シャチハタ不可	金	
被保険者住所	〇〇県△△市××99-99		平成 24年 12月 20日	委任状を記入した日	
被保険者氏名	健保 太郎				

医師が記入するところ	⑰傷病名	四肢骨折、全身打撲、右肺挫傷		⑱保険で療養を開始した日	平成 24年 11月 23日
	⑲移送を必要と認めた区間・回数	(a) 区間	〇〇医院 から 經由 〇〇大学病院	まで	(b) 回数 1 回
	⑳移送を必要と認めた理由 (病状等を入れ詳しく)	上記傷病の為、緊急に手術を必要としたが、当医院には設備がなく、手術のできる〇〇大学病院への移送			
	上記の理由で移送の必要を	医療機関の名称・所在地		××県〇〇市△△9999 〇〇医院	
医師の氏名	電話番号		〇〇 〇〇 888 (888) 8888		

病院で証明をしてもらう

- 〔注意事項〕 死亡した被保険者と生計維持関係のある方(妻・子等)が請求者である場合は 受付印
1. 印鑑は認印可。シャチハタ、日付印は不可です。
 2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
 3. 『移送に要した費用の領収書』(原本)を添付して下さい。
 4. 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

〔個人情報保護に関して〕

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL: 050-3807-5059