

(給付第4号)

決 裁 欄	受理日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当
	決定日	令和 年 月 日			
	結果				

LIXIL健康保険組合理事長 殿

(令和7年1月改訂)

移送承認申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等	記号 番号	②被保険者氏名		㊦
	③現住所	〒 TEL () -			
	④事業所名称				
	⑤被扶養者申請の場合に記入	氏名 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		続柄
	⑥傷病名			⑦発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日
	⑧発病又は傷病の原因			⑨移送年月日	令和 年 月 日
	⑩事前申請できなかった場合は理由を記入				
医 師 が 記 入 す る と こ ろ	⑪傷病名				
	⑫移送必要と認めた理由				
	⑬緊急性の有無	有・無	「有」の場合の理由		
	⑭移送方法及び区間				
	⑮移送に要する費用	円			
	⑯移送先の医療機関	所在地 名称			
上記のとおり、事実と相違ないことを証明する。 所在地 医療機関名称 医師の氏名					

※消せるボールペン使用不可です。

健保記入欄	健保組合受付

(給付第4号)

決 裁 欄	受理日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	担当
	決定日	令和	年	月	日			
	結果							

LIXIL健康保険組合理事長 殿

(令和7年1月改訂)

移送承認申請書

申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等	記号	131	②被保険者氏名	健保 太郎		
		番号	XXXXX				
	③現住所	000-0000				自署(名前を直接手書きで記入)の場合は、押印を省略できます。	
	④事業所名称	株LIXIL					
	⑤被扶養者申請の場合に記入	氏名	健保 花子			続柄	妻
		生年月日	昭和 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
⑥傷病名	第5中足骨骨折		⑦発病又は負傷の年月日	平成・令和〇〇年 〇〇月 〇〇日			
⑧発病又は傷病の原因	階段から転倒		⑨移送年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
⑩事前申請できなかった場合は理由を記入	緊急で事前に提出することができなかった						
医 師 が 記 入 す る と こ ろ	⑪傷病名	第5中足骨骨折					
	⑫移送必要と認めた理由	専門医のもとでの手術を必要としたため					
	⑬緊急性の有無	有・無		「有」の場合の理由			
	⑭移送方法及び区間	(タクシー) 自宅(品川区西品川) → 〇〇整形外科(千葉県千葉市〇〇)					
	⑮移送に要する費用	25,000 円					
	⑯移送先の医療機関	所在地	千葉県千葉市〇〇〇-〇-〇				
	名称	〇〇整形外科					
上記のとおり、事実と相違ないことを証明する。							
所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区霞ヶ関〇-〇-〇					
医療機関名称		〇〇病院					
医師の氏名		〇〇〇〇 TEL (〇〇) -〇〇〇〇-〇〇〇〇					

※消せるボールペン使用不可です。

健保記入欄	健保組合受付

(給付第5号)

決 裁 欄	受理日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当
	決定日	令和 年 月 日			

LIXIL健康保険組合理事長 殿

(令和7年1月改訂)

移送費支給申請書

申請日 令和 年 月 日

①被保険者等	記号 番号		②被保険者氏名	
③現住所	〒 TEL () -			
④事業所名称				
⑤被扶養者の申請の場合に記入	氏名 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		⑥続柄
⑦傷病名		⑧発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	
⑨発病又は負傷の原因		⑩移送年月日	令和 年 月 日	
⑪移送方法及び区間の内訳	(移送方法) (区間)	⑫移送に要する費用	円	
⑬委任状 在籍中の方は記入	L I X I L 健康保険組合理事長 殿 上記により支給される金額の受領を、事業主から健保組合に届出のある受領代理人に委任いたします。 〒 被保険者 住所 氏名 ⑭			
⑭受取金融機関 退職後の方は記入 (本人名義の口座)	銀行コード ()	銀行・信金 信組・農協	支店コード ()	本店 支店 出張所 口座種別 普通・当座
	口座番号(右づめ)		(フリガナ)	口座名義人

[添付書類]

・移送にかかった費用の領収書等原本を添付ください。

※自署の場合は押印を省略できます。

※消せるボールペン使用不可です。

健保組合受付

LIXIL健康保険組合

(給付第5号)

決 裁 欄	受理日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当
	決定日	令和 年 月 日			

LIXIL健康保険組合理事長 殿

(令和7年1月改訂)

移送費支給申請書

申請日: ○○月 ○○日

①被保険者等	記号 131	②被保険者氏名 健保 太郎
	番号 XXXXX	
③現住所	〒 000-0000 東京都品川区西品川 0-0-0	
④事業所名称	(株)LIXIL ← 保険証に記載されている「事業所名称」を記入	
⑤被扶養者の申請の場合に記入	氏名 健保 花子	⑥続柄 妻
	生年月日 昭和・平成・令和 00 年 00 月 00 日	
⑦傷病名	第5中足骨骨折	⑧発病又は負傷の年月日 平成・令和 00 年 00 月 00 日
⑨発病又は負傷の原因	階段から転倒	⑩移送年月日 令和 00 年 00 月 00 日
⑪移送方法及び区間の内訳	(移送方法) タクシー (区間) (自宅)品川区西品川 → 千葉県千葉市〇〇整形外科	⑫移送に要する費用 25,000 円
⑬委任状 在籍中の方は記入	LIXIL健康保険組合理事長 殿 上記により支給される金額の受領を、事業主から健保組合に届出の 委任いたします。 〒000-0000 被保険者 住所 東京都品川区西品川0-0-0 氏名 健保 太郎	
⑭受取金融機関 退職後の方は記入 (本人名義の口座)	銀行コード (※※※※) 〇〇〇〇 銀行・信金 信組・農協	支店コード (※※※) 〇〇〇〇 本店 支店 口座種別 普通・当座
	口座番号(右づめ) ※※※※※※※※	(フリガナ) ケンポ タロウ
		口座名義人 健保 太郎

[添付書類]

・移送にかかった費用の領収書等原本を添付ください。

※自署の場合は押印を省略できます。

※消せるボールペン使用不可です。

健保組合受付
