### (給付第4号)

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

				ツとけ	PU T	ᇛ							
							申請日	3	令和	年		月	日
	①如伊 咚 老 笠	記号			②如伊	険者氏名							
	①被保険者等	番号				<b></b>							(FI)
被保	③現住所	₸						TEL	. (	)		_	
険者が	④事業所名称												
記	⑤被扶養者申請の場	氏 名								<b>6</b> ±	±±	1	
入す	合に記入	生年月日	昭和	・平成・令和		年		月	日		柄		
るとこ	⑥傷病名					⑦発病又 負傷の年		平成	・令和	年	I	月	日
ろ	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							•					
	⑪傷病名												
	⑫移送必要と認めた 理由												
医	⑬緊急性の有無	有・	無	「有」の場合の理由									
師が	(4)移送方法及び区間												
記入	⑤移送に要する費用				円								
す	16移送先の医療機関	所在地											
ک ح	<b>受力を入力・グ 区が (放展</b> )	名 称											
ろ	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	受理日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	担当
裁	決定日	令和	年	月	П			
欄	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

	(1) to 10 BA +/ M	記号		131		②被保険	者氏		/r=k /1		- <del>6</del> 17			
	①被保険者等	番号		XXXXX		名			健化	<i>₹ ∧</i>	(周)		,	健保
被保険	③現住所	0 0 0 - 0	0000			•	_							で記入) きます。
者	④事業所名称	(株) L I X	I L←	保険証に記 「事業所4					- U) 4	9 (C)	<b>ሁ</b> ላ የተና	ካ <b>ਣ</b> 1	日曜で	2590
が 記	⑤被扶養者申請の場合 に記入	氏名	健保	花子							続杯	<del>7</del>		妻
入	107	生年月日	Œ	召和・平成・令和		OO £	¥	00 月	00	日	יויטעוי	3		<del></del>
すると	⑥傷病名	第5中足	骨骨折		⑦発症 負傷(	     又は   の年月日		平成・令和	00	年	00	月	00	П
こころ	   ⑧発病又は傷病の原因	階段から	転倒		9移边	5年月日		令和	00	年	00	月	00	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	出することができ	なかっ	った								
	①傷病名	第5中足	骨骨折											
	<ul><li>②移送必要と認めた理由</li></ul>	専門医のもとでの手術を必要としたため												
医	③緊急性の有無	有・無 「有」の場合の理由 <b>緊急の手術が必要だったため</b>												
師が	⑭移送方法及び区間	(タクシー)自宅(品川区西品川)→○○整形外科(千葉県千葉市○○)												
記入	⑤移送に要する費用	25,000 <sub>円</sub>												
する。	(6)移送先の医療機関	所在	地 =	<b>千葉県千葉市</b> 〇〇	) () –	0-0								
とこっ	<b>受好込儿の</b> 区源版内	名利	Γ (	○○整形外科										
ろ	上記のとおり、事実の	と相違ない	ことを	証明する。										
	所在地	<b>∓</b> 000−	0000	東京都千代田区	霞ヶ関		С							
	医療機関名称	○○病院	<b>○病院</b>											
	医師の氏名	00 00	)	TEL (OO	) <b>–</b> C	000-0	000	00						

※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	受理日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	担当
裁		1- 1-						
欄	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

中請日 令相 年 月 日	
--------------	--

①被保険者等	記号							②被保	操者氏名						
	番号														
@##/\~	₹														
③現住所										TFI	(	)		_	
④事業所名称															
		1													
⑤被扶養者の申	氏名											<b>6</b> 糸	売柄		
請の場合に記入	生年月日	昭和	• 平原	成・全	介和		年		月	日			2011 3		
⑦傷病名									⑧発病又は1 年月日	負傷の	平成・	令和	年	月	日
<ul><li>9発病又は</li><li>負傷の原因</li></ul>									⑩移送年月1	3	令	`和	年	月	В
⑪移送方法及び	(移送方法)									12移送	送に要す	-る費			
区間の内訳	(区間)									用					円
	LIXII	_ 健康	保険	組合	理事	長 殿									
	上記により	丿支給	iされ	る金額	額の受	受領を	、事	業主か	ら健保組合り	こ届出の	のある:	受領代	理人に		
③委任状	委任いたし	します			₹										
在籍中の方は記入	被保	険者		住所											
				氏名											
	銀行コード					銀行	・信金	支店:	コード			_	本店 支店	口座	種別
⑭ 受取金融機関	( )					信組	・農協	(	)				出張所	普通	• 当座
退職後の方は記入 (本人名義の口座)		座番	: 号	(右づ	め)		(フリ	ガナ)							
(エンハロ 式・ソロ)上)							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

### (給付第5号)

決	受理日	令和	年	В	П	常務理事	事務長	担当
裁	文在日	וזיוו	T	7.1	П			
欄	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		13	31		<b>②</b> 被保	険者氏名		17.	建保 太郎	τ		
	番号		XXX	XXX			次省以省		אָנוֹ		,		
②用分配	₹ 000	oo-c	00										
③現住所	東京都品	3川区	西品川	0-0	<u>0-c</u>		_						
④事業所名称	(株)LIXIL	<b>—</b>			載されて i称」を記								
⑤被扶養者の申	氏名	健保	花子							- ⑥続柄	妻		
請の場合に記入	生年月日	昭	和・平成	・令和	00	年	00	月 OC	) 日	מאטעורט	安		
⑦傷病名	第5中足	骨骨拮	f				<ul><li>8発病又</li><li>月日</li></ul>	は負傷の年	平成	· 🕅 00	年 00 月 00日		
<ul><li>9発病又は</li><li>負傷の原因</li></ul>	階段から	転倒					⑩移送年。	月日		令和 〇〇 年	₹ 00月 00日		
⑪移送方法及び	(移送方法)	•	タクシー					⑫移送に要	する				
区間の内訳	(区間 <b>(自</b>	宅)品川	区西品川	→ 千葉り	<b>県千葉市</b> (	OO整 <del>I</del>	<b>沙外科</b>	費用			25,000 円		
	LIXI	L 健康(	呆険組合 3	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 <mark>自署(名前を直接手書きで記入)</mark>												
⑬委任状	委任いた	します。		₹	000-0	0000		O.	場合	は、押印を	省略でさます。		
在籍中の方は記入	被保	:険者	住所	東	京都品)	川区西	品川〇一(	O-C					
			氏名	俊	建保	太郎		(	健保				
	銀行コード		-		限行・信金	支店	ニュード	$\bigcirc$		本店	口座種別		
<ul><li>④ 受取金融機関</li><li>退職後の方は記入</li></ul>	(****)				[組・農協	()	« <b>*</b> *)			出張所	普通・ 当座		
(本人名義の口 座)	П	座 番	号(右づぬ	め)	(フリ	ガナ)	ケンス	ポ タロウ					
/	* *	*	*   *	*	※ 口座名	 :義人	健保	<b>大郎</b>					

### [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	
	Τ