

<事務局記入欄>

支給額	
移送日	平成 令和 年 月 日
計算式	円×80%= (10円未満切上)

事務局捺印欄		
常務理事	事務長	担当者

R1.51 更新

T・G特別医療共済会支給申請書 (移送費)

申請にあたってのご注意

- ・給付の対象は、当該移送の目的である療養が保険診療として適切であって、患者が移動困難でありやむを得ないと当共済会が認めた場合について限られるものでありますので「通院等でタクシーを使用」「本人の希望」などは認められません。(原則、医師の指示による転院が支給対象となります。)
- ・補助額は、民間救急車や介護タクシー等の利用料金の8割とし、補助上限4万円/年(会員1人当たり)とします。
- ・医師の指示書(様式は問いません)が原則必要、領収書のコピーをこの申請書に添えて申請して下さい。

T・G特別医療共済会 理事長 殿

令和 年 月 日

保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所名	
会員(本人)の 氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日
会員(本人) の現住所	〒			
電話番号 (日中連絡がとれる連絡先)				
傷病名		傷病または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日	
発病または 負傷の原因				
移送 を受けた 区間 及び 金額	区間	から まで		
	移送を受け た年月日	平成 令和 年 月 日	交通機関	
	移送の経緯			
	支払金額	円		
家族が 移送を受け たとき	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄

直接個人口座への振込となりますので振込先を必ずご記入下さい。

※振込先	刃冊		銀行 コード	刃冊		本店 支店 出張所	支店 番号
	銀行名	銀行 信用金庫		支店名			
	口座番号		フリガナ				
	口座種別	普通・当座・貯蓄	口座名義人				

※振込先の口座名義は「会員(本人)」「健康保険被扶養者(家族)」をお願いします。

※申請者の責による再振込手数料は申請者のご負担となりますのでご注意ください。