

支給額	記入しないでください
計算式	円 × 80% = (10円未満切上)

常務理	記入例	者

R1.5.1 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 1年 5月 10日

保険者証の 記号・番号	記号	123	番号	45	事業所名	トヨタOO株式会社
会員(本人) の氏名	共済太郎			生年 月日	昭和 35年 4月 21日	平成
会員(本人) の現住所	〒461-1234 名古屋市東区南町1-2-3 北西マンション405号					
電話番号 (日中連絡がとれる連絡先)	090-1234-5678					
傷病名	クモ膜下出血			傷病または 負傷年月日	令和 1年 5月 1日	
発病または 負傷の原因	転倒したことによる頭部外傷					
移送 を受けた 区間 及び 金額	区間	××病院		から	○○病院	まで
	移送を受けた年月日	令和 1年 5月 5日		交通機関	民間救急車	
	移送の経緯	リハビリが必要となったが、××病院では施設がなく医師の指示により○○病院に転院した。 寝たきりのため、民間救急車を利用して移送した。				
	支払金額	31,500 円				
被扶養者が 移送を受け たとき	氏名	在職者、退職者に関わらず、全員こちらにご記入の口座へ 振込みしますので、必ずご記入ください。 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。				

直接個人口座への振込となります。振込先を必ずご記入下さい。

※ 振込 先	銀行名	三菱東京UFJ 銀行 信用金庫	銀行 コード	0005	銀行名	オツチ 大津町 出張所	本店 支店 番号	203
	口座番号	0001234	フリガナ	キヨウサイ タロウ				
	口座種別	普通・当座・貯蓄	口座名義人	共済太郎				

※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。