Application for Approval of Transportation Expenses/ Application for Transportation Expenses

《記入例》〈Example〉 支給決 百万 拾万 万 Approval seal (mechanical seals are not acceptable) 4 給 貊 These sections to be If the insured provides his or her signature above, Need not be filled out 移送年月日 年 平成 completed by the 議 his or her seal need not be affixed. insured 書 資格 得 昭・平 年 н -健康保険組合 理事長殿 ソーー Health insurance card-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 symbol/ number 被扶養者 ②被保険者の氏名・押印 記号 番号 999 ①被保険者証の 健保 太郎 ame and Se<u>al of</u> the insured 健保 Daytime telephone ●被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要 記号・番号 999999 number 〒999-9999 Insured person's address 3)被保険者の住所 Extension number permitted □Home □Office ※支給決定通知書の送付、及び書類 OO県△△市××99-99 9-000-0000 Cell phone 不備の際に使用します □自宅 □勤務先 □携帯 ④日中連絡の取れる電話番号 自宅 □勤務先 Is the injury the Name of company where 99_ 9999 - 9999 お問い合わせの際に使用します※複数可 result of third-party the insured individual is ⑤被保険者の勤務する会社名 actions? (Yes/No) ⑥第三者の行為によって負傷したものですか はいでいいえ employed 6日 平成 16年 8月 ⑧発病又は Name of sickness Date of sickness or injury (負傷の場合は 11 時頃) 四肢骨折・ 全身打撲・右肺挫傷 負傷の年月日 値 名 (Time in case of injury) or injury ⑨発病又は負傷の原因<mark>陣の運転中カーブを曲がりきれず、</mark> ガードレールに激突 Medical conditions ⑩診療を受けた (a) 00医院 (b) ××県〇〇市△△9999 or cause of injury 所在地 Place 医療機関の 称 tution 名 edical in (a) 理由 手術が必要だったが、設備がなかった為 Reason Name of Medical 保険者が (11) Institution 〕 ● 送 を 必 要 と する又は移送を (b) 区間 Route OO 医院 から From 〇〇大学病院 経由 まで Transportation Information on cases 回 (d)移送距離 Distant ヘリコプ失 (c) 回数 1 (e)利用交通機関 受けた km in which transfer is required way used or has been received (f)移送年月日 平成 16年 8月 6日 (g)移送に要した費用 351, 230 🗲 Transportation cost P 入 被保険者との続柄 Relationship with Number of times 12被扶養者に関する <mark>Birth Date (Taisho/</mark> T. S. H. 年 Ŧ 日 **/ Heisei, Y/M/D)** 月 名 Date of transportation² 2 Name 申請の時はその者の Ŀ the insured Information on the -月以内に退 者が退職し ロは い⇒(4)へ ⇒14 Account type Yes= ころ An account in the name of ●職員 An account in the individual insured dependent if he or she was いいえ⇒16〜 No = ordinary account/ to 16 者制度・退 the insured individual の健康保険制 コは い>15~16言 Skip 15 current account 職者医療制度)に加入し <u> コいいえ⇒⑮へ (€No ⇒Go to 15</u> (Skip 16) ていま When submitting this 銀行 普通 店 15振込希望口座 番 Branch no フリカ゛ナ Furigana Name and branch form, is the insured 銀 行 of financial institution 支店 当座 口座番号 Account numbe 名義人氏名Name of account holde individual retired, or is it Bank clear that he or she will Furigana 番号 フリカ・ナ 記号 郵便局 retire within one month? Symbol Number 名義人氏名Name of account holde Upon submission of this 16委任状 OO × × 株式会社 を代理人と定め、 上記のとおり請求した移送費の受 私は form, the insured individual ●押印必須 外国国籍を有する方 はサイン可) 領方を委任します shall be covered by the health of the insurance system for retirees 17年 3月 1日 被保険者住所 ○○県△△市××99-99 平成 Letter of attornev Requested bank 被保険者氏名 健保 太郎 Date on which letter of attorney account for receipt was completed (Y/M/D) of payments Approval seal 全身打撲 傷病名 2骨折、 6日 右脑挫傷 Enter either a bank or Mechanical seals are not acceptable 19移送を必要 a post office account number Individuals with other than Japanese **P** 認めた区間・回復 区間 〇〇医院 nationalities may sign in lieu of affixing a seal が記 0移送を必要 記傷 学病院 認めた理由 の移言 Ž, 店状等を .5 Obtain a certificate from the hospital 6 入れ詳し と記の理由で移 の必要 月 ところ 医療機関の名称・所在地 ××県〇〇市△△9999 〇〇医院 00 00 医師の 次) 8388 888 電話番号 888 〔注意事項〕 I hereby authorize __(Business entity)__ to serve as an agent 1. 印鑑は記 受 付 EП on my behalf and to receive the above transportation expenses 2. 訂正した 『移送に for which application was made above. 4. 提出され (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。 〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 :03-5795-6111 FAX:0 3-5795-6107 受付時間/9:00~17:30(土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く) 移送 Ⅲ7.4