

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右つめ)	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][][][][][]	生年月日	年	月	日
	氏名 (フリガナ)	[][][][][][][][][][][][][][]			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	[][][][][][][][]	
	住所	(〒 -)		都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。		

電話番号 (日中の連絡先) TEL ()

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号	[][][][][][][][][][]	左つめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		[]	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	氏名・印	[][][][][][][][][][]	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係

住所
[][][][][][][][][][][][][][]

(フリガナ)
[][][][][][][][][][][][][][]

氏名・印

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。 >>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄 [][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

受付日付印

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

被保険者氏名

申請内容

移送を受けた方 被保険者・ 被扶養者(氏名)

移送を受けた方の生年月日及びその続柄 昭和 平成 令和 年 月 日 続柄()

傷病名

発病または負傷の原因 第三者行為によるものですか はい いいえ

発病または負傷の年月日 令和 年 月 日

移送年月日 令和 年 月 日

移送方法(利用交通機関)

移送経路(どこから ~ どこまで) から まで

付添人の有無及びその住所 有(氏名)・ 無
〒 -

移送に要した費用の額 円

移送を必要とした理由 緊急性の有無 はい いいえ

医師・歯科医師記入欄

移送を必要と認めた理由

付添を必要と認めた理由

移送経路

移送方法

移送年月日 令和 年 月 日

上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日
住所 〒 -

医師または歯科医師の氏名

印

(添付書類)

● 移送に要した費用の領収書、およびその明細のわかるもの

● 発病・負傷の原因が第三者の行為による場合には、「第三者の行為による傷病届」