

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号	番号	枝番	生年月日	年	月	日
	被保険者等の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)			事業所名		
	住所	(〒	—)	都	道	市
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	府	県	区	
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

※原則、被保険者宛に支給致します。被保険者名義の口座をご記入ください。

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="text" value="1"/> 1. 普通	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	左づめでご記入ください。	
▼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. 事業主

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

委任欄	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
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	住所	(〒 —) TEL ()	
	氏名・印	(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。>>>

・被保険者等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別途必要です
 被保険者のマイナンバー記載欄 _____

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)		
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄()
	傷病名			
	発病または負傷の原因			第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有(氏名)・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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
- 発症・負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」

※さい帯血移植に関する運搬費用については療養費支給申請書(立替払い)をご使用下さい。