

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	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 1 9 9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)			自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒	—)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

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 2. 当座 4. 通知	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(ˆ)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 2. 代理人

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	()
		住所	委任者と 代理人との 関係				
		(フリガナ)					
		氏名・印					

※1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。

※2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。

- ①事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認を行った担当者が押印
- ②本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

備考	事業所 個人番号 照会者	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"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄()
	傷病名	※ケガが原因の場合は、 負傷原因届を併せてご提出ください		
	発病または負傷の原因			
	発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	移送経路			
	移送方法			
	移送年月日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	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		
	第三者行為によるときはその事実			
第三者の氏名 及びその住所	氏名 ----- 〒 -			

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			
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				