

# 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	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="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所	(〒 - )	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 令和		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					
<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☑)						

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(゜)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

「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。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

(2019.5.1)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

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

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"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 続柄( )				
	傷病名					
	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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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				