

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 (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 140px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>		
	氏名 (自署)	(フリガナ) _____					
	住所	(〒	—	)	都 道 府 県		
	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 <input checked="" type="checkbox"/> )							

振込先 指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>		
	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。) <input style="width: 400px; height: 40px;" type="text"/>				口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

口座名義の区分「2. 代理人」を指定した場合、下記の被保険者(申請者)欄は必ずご記入ください。

受取代理人の 欄	被保険者 (申請者) 自署	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	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)	住所	(〒	—	)	TEL	( )	委任者と 代理人との 関係
		氏名	(フリガナ) _____					

「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

(R2.12)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

被保険者氏名

申請内容

移送を受けた方

- 1. 被保険者
- 2. 被扶養者

家族の場合はその方の

氏名

生年月日

- 昭和
- 平成
- 令和

年

月

日

傷病名

発病又は負傷年月日  
(療養開始日)

令和

年

月

日

発病の原因  
および経過  
(詳しく)

- 1. 病気

(原因および経過)

- 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

第三者の行為によるものですか

- はい
- いいえ

「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。

診療等の支給又は手当  
を受けた病院あるいは  
診療所(病院)の

名称

診療を担当した  
医師等の氏名

所在地

移送経路

(フリガナ)

(フリガナ)

から

から

移送経路、  
移送方法、  
移送期間  
および費用の  
請求

移送後

- 0. 入院
- 1. 入院外

移送先

移送期間  
(支給期間)

令和

年

月

日から

令和

年

月

日まで

日間

移送回数

回

移送に要した  
費用の額

円

距離

Km

利用交通機関

移送を必要とする理由

症状、その他具体的に記入してください。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください

付添人の有無

- 有 →

付添人の  
氏名

付添人の  
住所

- 無