

# 健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者（申請者）記入用

社員番号

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（左詰め）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)		ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご記入ください。			
住所	(〒 - )		都	道			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		府	県			

振込先指定口座	金融機関名称	銀行	金庫	信組	本店	支店
		農協	漁協	出張所		
		その他	( )	支店コード:	本所	支所
預金種別	<input type="checkbox"/>	1. 普通 2. 当座	3. 別段 4. 通知	口座番号	<input 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。			口座名義の区分	<input type="checkbox"/>	1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入ください。

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	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	(フリガナ)		委任者と代理人との関係			
	氏名						

「被保険者（申請者）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

(令3.4)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載

# 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（ ）
	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	
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日
	移送経路	
	移送年月日	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	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 〒 -	

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご記入ください。

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	

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。