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
被保険者等記号・番号（左詰め）			□昭和 □平成 □令和
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	（〒　　－　　）		
電話番号（日中の連絡先）	（　　）	メールアドレス（支給決定通知書送付先）	

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（　　） 銀行コード：	支店コード：	本店　支店　出張所　本所　支所
預金種別	1. 普通　3. 別段 2. 当座　4. 通知	口座番号	左詰めでご記入ください。
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	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） 氏名	委任者と代理人との関係

「被保険者（申請者）記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者等記号・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

パーソルキャリア健康保険組合

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	□被保険者　・　□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	□有　（氏名　　）　・　□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

〒　　－

医師または歯科医師の　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、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

パーソルキャリア健康保険組合