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　　←記入してください

記　入　例

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）	1	○○○○○○	☑昭和 □平成 □令和	60	10	15

氏名　（フリガナ）　ケンポ　タロウ
健保　太郎

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　（〒　×××　－　××××　）
東京都世田谷区△△１－１－１

電話番号（日中の連絡先）　０９０（１１１１）××××

メールアドレス（支給決定通知書送付先）　△△△△@□□□.co.jp

振込先指定口座

金融機関名称　△△△　銀行コード：●●●●　（銀行　金庫　信組　農協　漁協　その他　（　））

□□□　支店コード：●●●●　（本店　支店　出張所　本所　支所）

預金種別　1　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。）
ケンホ゜　タロウ

口座名義の区分　1　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

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	○　○　病
発病または負傷の原因	発病・負傷の原因を記入してください
発病または負傷の年月日	令和　2　年　5　月　15　日
移送経路	○○駅～××駅
移送年月日	令和　2　年　5　月　16　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	医師・歯科医師の証明をもらってください
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。