

健康保険

移送費

支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者の	記号 □□□□	番号 □□□□□□	生年月日 昭和 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ) _____					
	住所	〒 - _____					
	電話番号	日中の 連絡先	TEL	-	-	携帯 勤務先 自宅	

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協		支店 本店 本所 出張所 支所		
	預金種別	普通 当座	口座番号	□□□□□□□□□□		
	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)			口座名義 の区分	申請者 代理人

「代理人」の場合は必ず記入してください。

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		
	代理人 (口座名義人)	氏名	住所	「被保険者(申請者) 情報」の住所と同じ
		〒 - TEL - -		委任者と代理人 との関係
		住所	(フリガナ) 氏名	

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□
------------	------------	------------

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R6.12)

組合使用欄	支給決定伺	資格 取得	昭和 平成	年	月	日	支給額	拾 万	千	百	拾	円
伺		資格 喪失	令和	年	月	日						
		移送 日	令和	年	月	日						

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	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	
	移送方法	
	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	
	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 氏名	住所 〒 - ----- 氏名	