

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

下記のとおり移送費を支給申請します。

年 月 日

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		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)	必ず自署してください。			
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	銀行 金庫 信組	本店 支店		
		その他()	出張所 本所 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	左づ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	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

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。		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 ()	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。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(2022.7)

受付日付印

常務理事	事務長	担当

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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		年 月 日	
	移送経路			
	移送方法			
	移送年月日		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。			年 月 日
	住所	〒	-	
	医師または歯科医師の	-----		
	氏名			