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	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
被保険者等記号・番号			

氏名	（フリガナ） 必ず自署してください	生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和
住所	（〒　－　）　都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

給付金は事業所を経由して支給します。以下、受取代理人の欄をご記入ください。
※任意継続被保険者の方は登録口座へお振込となりますので、記載は不要です

受取代理人の欄

被保険者（申請者） ※被保険者記入	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） ※事業所記入	（〒　－　）　TEL　（　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	委任者と代理人との関係

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

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

被保険者氏名	

申請内容

移送を受けた方	□ 被保険者・□ 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	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	□ 有　（氏名　　）・□ 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