

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 (右づめ)	2 2 7		3	5	0	
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ タロウ	✓ 昭和 平成 令和	4	8	4	5
	住所	(〒 332 - 0035)	埼玉 都道府県	川口市西青木			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 048 (258)						

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。

振込先指定口座(被保険者口座)	金融機関 名称	銀行コード 0017	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	支店コード 357	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 2.当座 3.別段 4.通知	口座番号	9 8 7 6 5 4	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
		ケンボ	タロウ		

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人(健保口)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 (健保口情報)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
		<p>上記指定口座ではなく、健保口への振り込みを指定される場合は、こちらへ記入・捺印ください。</p> <p>代理人印は、健保口届出印となります。</p>	

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

申請内容	移送を受けた方	被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 組合 合子)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 24 年 4 月 1 日 続柄(母)
	傷病名	肺がん
	発病または負傷の原因	不明
	発病または負傷の年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 26 年 7 月 5 日
	移送経路	別紙のとおり(移送業者よりいただいでください)
	移送方法	別紙のとおり(移送業者よりいただいでください)
	移送年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 29 年 2 月 15 日
	付添人の有無及びその住所	有 (氏名)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒
	移送に要した費用の額	25,700 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 〒	

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。

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
	住所 〒	
	医師または歯科医師の 氏名	印

訂正箇所等については、証明された医師・歯科医師の押印した印と同一印で訂正ください。