

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [ ][ ][ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ) -----		
	住所	(〒 [ ][ ] - [ ][ ] )	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( [ ][ ] )		

振込先指定口座(被保険者口座)	金融機関 コード・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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	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

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。

「2」の場合は必ず記入ください。

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	
	代理人 (健保口情報)	住所 (〒 [ ][ ] - [ ][ ] ) TEL ( [ ][ ] ) (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。>>>

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 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

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。

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	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	移送経路					
	移送方法					
	移送年月日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 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					
	〒 -					

※記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容を記入し、医師氏名(フルネーム)を記入してください。

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				