

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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	昭和 平成 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)	印				
	住所	(〒 - )					都道 府県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )						

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 コード・名称	銀行コード: <input type="text"/> 銀行 金庫 信組 支店コード: <input type="text"/> 本店 支店 農協 漁協 出張所 名称: <input type="text"/> その他( ) 名称: <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 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。) <input type="text"/> 口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.申請者 2.代理人

「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 氏名・印 <input type="text"/> 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)	(〒 - ) TEL ( ) 住所 (フリガナ) <input type="text"/> 氏名・印 <input type="text"/>

「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	<input type="text"/>	印
-----------------------	----------------------	---

受付日付印
-------

# 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	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	平成・ 令和 年 月 日
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	平成・ 令和 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 〒	

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。