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			
被保険者等の（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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）				
金融機関ｺｰﾄﾞ・名称	銀行ｺｰﾄﾞ：	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店ｺｰﾄﾞ：	本店 支店 出張所 本所 支所
	名　称：	その他（　　）	名　称：	
預金種別	☐ 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	☐ 1．申請者 2．代理人

「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 氏名　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　（　　）
	氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

※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。
修正液（テープ）等を使用しないでください。

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。修正液（テープ）等を使用しないでください。

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 〒　　-

※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。修正液（テープ）等を使用しないでください。

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

医師または歯科医師の　住所　〒　　-

氏名