

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 2 2 7	番号 3 5 0	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 4 8 4 5
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		
	住所	(〒 332 - 0035) 埼玉 都道府県 川口市西青木 〇-〇-〇		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 048 (258) ΔΔΔΔ		

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 埼玉りそな	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	支店コード 357 川口	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 9 8 7 6 5 4 健保 太郎	45	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。) ケンポ゜ タロウ			口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

※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 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 氏名 (フリガナ)
		氏名

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、こちらへ記入ください。

「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 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	<input type="checkbox"/> 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 ----- 〒 -	

※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	

医師に記入を依頼してください。