

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	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4	1 2 3 4 5 6 7			
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	6 1 0 4 1 5
	住所	(〒 123 - 4567) 東京 港区〇〇1-1 〇〇マンション101				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1230) 4567					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)						

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。					
	金融機関 名称	〇〇 銀行 金庫 信組 農協 漁協 〇〇駅前 本店 支店 出張所 本所 支所				
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7		
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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゜ ハナコ					

「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

申請内容

移送を受けた方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者（氏名 健保 花子 ）
移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 続柄（ <input type="text"/> ）
傷病名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
発病または負傷の原因	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
発病または負傷の年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
移送経路	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
移送方法	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
移送年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有（氏名 <input type="text"/> ）・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
移送に要した費用の額	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>

医師・歯科医師記入欄

移送を必要と認めた理由	<input type="text"/>
付添を必要と認めた理由	<input type="text"/>
移送経路	<input type="text"/>
移送方法	<input type="text"/>
移送年月日	<input type="text"/>
上記のとおり相違ありません。	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
医師または歯科医師の	氏名 <input type="text"/>