

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)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
	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 610415 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和																								
住所	(〒 123-4567) 東京	都道府県 <input checked="" type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 県 港区○○1-1 ○○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。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>										
	金融機関 名称	○○	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所							
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7				
	口座名義 (カタカナ)	<small>▼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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。</small> ケンホ^ー ハナコ									
<small>「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>></small>											

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 移送費 支給申請書

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 ○ 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	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
移送経路	○ ○ ○ ○ ○	
移送方法	○ ○ ○ ○ ○	
移送年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名) 〒 -	
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 〒 -	

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	