

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)				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は ☒)					

振込先指定口座	☐ 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 ☒ 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	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)		
	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		

受取代理人の欄	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			
	住所	(〒 -)	TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
	代理人 (口座名義人)	(フリガナ)			
氏名					

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

金庫使用欄 代理受領後、振込先個人口座の管理としてお使いください

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)		
	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。			

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

1/2

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	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	☐ 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						
	〒					-	

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				