

# 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" style="width: 100px; height: 30px;"></table>	<table border="1" style="width: 150px; height: 30px;"></table>	<table border="1" style="width: 50px; height: 30px;"></table>	<table border="1" style="width: 50px; height: 30px;"></table>
	氏名	(フリガナ)		生年月日	□ 昭和 年 月 日 □ 平成 □ 令和
	住所	(〒 一 )		都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )		
<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☑)					

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 登録している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。)					
	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"/> <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" style="width: 150px; height: 30px;"></table>		
	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(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。</small> <table border="1" style="width: 500px; height: 30px;"></table>				

「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

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 type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 (氏名 ) 〒 -
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 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		